

Elisabeth Brodtkorb, Nicoletta Businaro, Gunhild Regland Farstad, Kari Glavin, Mari Dalen Herland og Nanna Voldner

Styrket og tidligere tilbud til småbarnsforeldre

Systematisk samarbeid mellom helsestasjon og familievernkontor

Evaluering av Tiltak 26 i «En god barndom varer livet ut». Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)

Styrket og tidligere tilbud til småbarnsforeldre

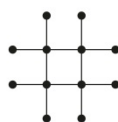
Systematisk samarbeid mellom helsestasjon og familievernkontor

Evaluering av Tiltak 26 i «En god barndom varer livet ut». Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)

Elisabeth Brodtkorb, Nicoletta Businaro, Gunhild Regland Farstad,
Kari Glavin, Mari Dalen Herland og Nanna Voldner

VID rapport 2018/2

Oslo



VID

Denne rapporten er utgitt av

VID vitenskapelige høgscole
Postboks 184, Vinderen
N-0319 Oslo
<http://www.vid.no/>

Rapport: 2018/2

ISBN: 978-82-93490-20-3, elektronisk
ISBN: 978-82-93490-21-0, papir

ISSN: 2464-3777

Elektronisk distribusjon:

VID vitenskapelige høgscole
www.vid.no

Omslag

Dinamo

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.
Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten
er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

Forord

Evalueringen av Tiltak 26 har foregått i perioden juni 2017 – januar 2018. Forskergruppen har bestått av Mari Dalen Herland, Nanna Voldner, Nicoletta Businaro, Kari Glavin, Gunhild Regland Farstad og Elisabeth Brodtkorb. Til evalueringen av samarbeid mellom helsestasjon og familievernkontor har vi tilsammen representert jordmor-, helsesøster-, familieterapeut-, sosionom-, barneverns- og familiesosiologisk -kompetanse. Det har vært et fruktbart og interessant flerfaglig utgangspunkt for evalueringen og vi har lært mye gjennom arbeidet. Vi vil takke alle som har bidratt til gjennomføringen av evalueringen. Takk til prosjektledelsen i Bufdir representert ved Marianne Bie og Solvor Bäcklund som har lagt til rette for evalueringsarbeidet gjennom å gjøre tilgjengelig informasjon og kontakter, og for nyttige drøftinger underveis ikke minst i slutfasen av prosjektet. Ved de fem prøveprosjektstedene har foreldre og ansatte i helsestasjoner og familievernkontor lagt til rette for interessante feltarbeid, stilt opp til intervjuer i travle hverdager og delt av sine erfaringer med tiltak og prosesser i prøveprosjektet. Tusen takk til alle informantene! Deres bidrag har vært helt avgjørende for evalueringsarbeidet. Ved helsestasjonene og familievernkontorene har ansattes engasjement og iver for samarbeid om å bistå foreldre til å utvikle gode parrelasjoner til barnas beste, vært overveldende og inspirerende. Takk til prosjektets referansegruppe for nyttige innspill. Referansegruppen har bestått av Astrid Flacké, Siv Merete Myra og Tor Slettebø ved fakultet for sosialfag ved VID vitenskapelige høyskole. Takk til professor Bodil Tveit for kommentarer på utkast. Forskergruppen står sammen ansvarlig for innholdet i evalueringsrapporten, men det er prosjektleder Elisabeth Brodtkorb som har hatt hovedansvaret for skrivingen.

Intervjuguider og informasjonsskriv kan fremskaffes ved henvendelse til Elisabeth Brodtkorb (elisabeth.brodtkorb@vid.no).

Innhold

Sammendrag

Summary

1. Systematisk samarbeid til barns beste	12
1.1 Innledning.....	12
1.2 Helsestasjon og familievernkontor.....	13
Helsestasjonenes arbeid med familier	13
Familieverntjenestenes rolle i familiearbeid.....	14
Foreldrestøtte og forebyggende arbeid.....	14
1.3 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i feltet.....	15
1.4 Oppdragsforståelse og problemstillinger.....	16
Oppdragsforståelse	16
Problemstillinger	16
1.5 Metode, datagrunnlag og analyse	17
Informanter og utvalg.....	18
Analyse.....	20
Respondentvalidering.....	20
1.6 Gangen i rapporten	20
2. Tiltak 26: Systematisk samarbeid mellom helsestasjon og familieverntjeneste	22
2.1 Innledning.....	22
2.2 Organisering av Tiltak 26.....	22
Rekruttering av deltakende kommuner	23
Organisering sentralt	23
Samlingsbasert prosjektmodell.....	24
Lokal organisering av prøveprosjektet	26
2.3 Resultatmålenes innretning og prøveprosjektets fokus	27
Utvikling av samarbeidsavtaler	27
Identifisering av samarbeidsområder	28
Samarbeidsstrukturer og tiltak.....	29
2.4 Helsestasjonenes og familievernkontorenes vurdering av Tiltak 26.....	29
Gode prosjektsamlinger.....	30
Betydning av lokal forankring og ledelse.....	30
Tid og avsatte ressurser	31
Opplevelse av styrket samarbeid.....	32
Kompetanseutvikling i begge tjenestene	33
2.5 Oppsummerende drøfting av prosjekterfaringer.....	34
3. Tiltakene i prøveprosjektet	36

3.1 Innledning.....	36
3.2 Parsamtaler på helsestasjonen	36
Struktur og praktisk organisering av parsamtaler på helsestasjonen	36
Tematikk i parsamtalene.....	38
Ressursbruk ved parsamtaler på helsestasjonen	39
Ansattes erfaringer med parsamtaler på helsestasjon	39
Foreldreerfaringer med parsamtaler på helsestasjonen	42
Lærdommer fra utprøving av parsamtaler ved helsestasjon	47
3.3 Samarbeid om gruppe- og kursvirksomhet.....	49
Foreldreforbereidende kurs.....	49
Grupper som del av helsestasjonens oppfølging	50
Foreldrerolleorienterte grupper og kurs.....	51
Praktisk organisering og ressursbruk.....	52
Ansatterfaringer med gruppe- og kurssamarbeid	52
Foreldreerfaringer med gruppe- og kurssamarbeid	53
Lærdommer fra systematisk samarbeid om grupper og kurs	55
3.4 Fagdager for ansatte i helsestasjonen	57
Ansatterfaringer om fagdager.....	58
Lærdommer fra samarbeid om felles fagdager.....	59
3.5 Uformelt samvær – merverdi fra prøveprosjektet	60
Ansatterfaringer om uformelt samvær.....	60
Lærdommer om den uformelle kontakten mellom ansatte.....	61
3.6 Oppsummerende drøfting av tiltakene	62
Universelt og selektivt innrettede tiltak.....	62
Parforholdet er i større grad blitt et relevant tema.....	63
Tjenestene er blitt kjent og tilgjengelige for hverandre.....	63
Utfordrende faktorer.....	63
4. Suksessfaktorer for utvikling av samarbeidet i prøveprosjektet	65
4.1 Innledning.....	65
4.2 Felles mål for samarbeidet.....	65
4.3 Gjensidig tillit.....	69
4.4 Forskjeller som ressurser	69
4.5 Ledelsen involvert lokalt	70
4.6 Geografisk nærhet	71
4.7 Oppsummering	72
5. Hvilke faktorer fremmer godt systematisk samarbeid mellom helsestasjoner og familieverntjenesten?	73
5.1 Innledning.....	73
5.2 Tjenestene har småbarnsforeldre som felles målgruppe.....	73
5.3 Tjenestenes ressurser og fortrinn forenes	74

Helsestasjonens unike ressurser	74
Familievernets unike ressurser	75
Ansatte i tjenestene må ha kjennskap til hverandre.....	76
5.4 Det systematiske samarbeidet forankres på flere nivåer	76
Prioritering og aktualisering lokalt.....	76
Systemnivåets betydning.....	77
5.5 Videreføring og videreutvikling av erfaringer fra tiltak 26.....	78
Litteratur	79

Vedlegg:

Samarbeidsavtale

Eksempel på kartleggingsskjema

Sammendrag

Myndighetene ønsker å bedre barns oppvekstvilkår gjennom å bidra til gode og lett tilgjengelige tjenester for å styrke kvaliteten i samliv, samt forebygge samlivskonflikter og samlivsbrudd. Helsestasjonene og familieverntjenesten står sammen i en særstilling når det gjelder mulighet til å bidra til gode parforhold for å fremme barnas beste.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) har i samarbeid med Helsedirektoratet (Hdir) hatt ansvar for å gjennomføre et treårig prøveprosjekt med systematisk samarbeid mellom disse tjenestene. Oppdraget er formulert i tiltak 26 i «En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)». Prosjektet har vart i perioden 2015-2017. VID vitenskapelige høgskole har evaluert prøveprosjektet.

Utprøvingen har vært lokalisert fem steder med regional spredning. De deltakende familievernkontorene og helsestasjonene har i prosjektperioden utviklet og testet ut ulike måter å strukturere og systematisere samarbeid på. Som ledd i dette er det utviklet og utprøvd forskjellige typer tiltak. Et mye utprøvd tiltak er at foreldre har fått tilbud om parsamtaler med familieterapeuter fra familievernkontor på helsestasjoner. Mange foreldre i spe- og småbarnsfasen opplever denne fasen som krevende og sårbar. Foreldrene gir uttrykk for at samtaler med familieterapeutene har vært nyttige og gitt dem støtte og redskaper som har styrket parforholdet. De fleste har hatt mellom en og tre samtaler. Foreldrene vurderer det som lite aktuelt å møte opp på familievernkontoret, særlig ikke til første samtale, for samtaler. Familievernet forbindes med brudd og alvorlige konflikter de ikke vil assosieres med. At samtaler er blitt tilbudt fra helsestasjonen har derfor vært avgjørende for rekrutteringen av foreldre. Kurs- og gruppevirksomhet er en annen type tiltak tjenestene har samarbeidet om. I disse tiltakene har kunnskap og erfaring fra begge tjenesters kompetanseområder vært satt sammen omkring forskjellige tema og tilbudt foreldre med barn i ulike aldre. Foreldrene vurderer disse tiltakene som nyttige og informative. De gir uttrykk for at et viktig element ved disse tiltakene har vært å møte andre i samme situasjon og erfare at det er vanlig å oppleve utfordringer i parforholdet i spe- og småbarnsfasen. En tredje type tiltak tjenestene har samarbeidet om å utvikle, er kompetansehevende fagdager for ansatte. Helsestasjonsansatte har i utgangspunktet fått liten opplæring i tematikk knyttet til relasjoner i parforhold og har erfart at det derfor er vanskelig å ta det opp i konsultasjoner med foreldre. Gjennom fagdager har de fått utvidet kunnskap om og øvd på ferdigheter i å kommunisere med foreldrene om tematikken. De uttrykker at fagdagerne har bidratt til å gi dem trygghet og et nytt språk som

gir dem mot til å ta opp relasjonen i parforholdet i samtaler med foreldrene.

Familieterapeutene har erfart å få ny innsikt i helsestasjonens brede arbeidsområde og økt oppmerksomhet på barna i familien.

Tiltakene vurderes som gode og effektfulle måter å samarbeide om forebyggende innsats på, og både foreldre, ledere og ansatte i tjenestene opplever at de gir en viktig og relevant styrking av tjenestetilbud til spe – og småbarnsforeldre i kommunene. Samarbeidet om de konkrete tiltakene har bidratt til økt samhandling av mer uformell karakter mellom ansatte i tjenestene. Ansatte er blitt kjent med hverandre og vært sammen regelmessig over tid og det har senket terskelen for helsestasjonsansatte for å ta kontakt med, drøfte problemstillinger og henvise foreldre til familievernkontoret.

Prøveprosjektet har gitt verdifulle erfaringer om det forebyggende potensialet som ligger i samarbeid mellom tjenestene. Helsestasjonens unike posisjon i hjelpeapparatet med kontakt med nær alle familier med spe -og småbarn, er et godt utgangspunkt for universelt og selektivt innrettet forebyggende arbeid. Helsestasjonens posisjon gir muligheter for at familievernets spisskompetanse kan settes inn på et tidlig tidspunkt overfor foreldre som trenger det og som i liten grad ellers oppsøker familievernkontoret. Gjennom det systematiske samarbeidet når dermed familievertjenesten ut med forebyggende arbeid til grupper som ellers er vanskelige å nå. Å bli kjent med den andre tjenestens tilbud og opplevelsen av å ha felles målgruppe og at tjenestene representerer utfyllende ressurser og kompetanse til å møte målgruppens behov, er en sterk drivkraft i samarbeidet

I prosjektperioden har begge tjenester som har deltatt i prøveprosjektet styrket sitt forebyggende arbeid både i omfang og kvalitet. Samarbeidet har gjensidig synliggjort tjenestenes ressurser og fortrinn i arbeid med målgruppen, gitt økt oppmerksomhet til foreldre til spe- og småbarn som tjenestenes felles ansvarsområde, og, ikke minst, styrket tjenestetilbudet til foreldre i en sårbar fase.

Det anbefales at helsestasjoner og familievernkontor inngår systematisk samarbeid om forebyggende arbeid overfor spe- og småbarnsforeldre. Erfaringene fra Tiltak 26 kan med fordel tas i bruk som grunnlag for utvikling av mer og bedre systematisk samarbeid mellom tjenestene. Familievernkontorenes store geografiske nedslagsfelt tilsier at det også er nødvendig å utvikle og prøve ut samarbeidsformer og metoder som er tilpasset variasjon i kommunestørrelse og geografiske avstander. Interkommunale samarbeid og bruk av digitale løsninger bør inngå i slik utprøving.

Summary

The authorities wish to improve the situation for children by helping provide high-quality and easily accessible services that can assist in strengthening the quality of marital relationships, as well as prevent marital conflicts and break-ups. The child health centres in combination with the family counselling services are in an especially good position to help strengthen marital relationships for the benefit of the children.

In cooperation with the Directorate of Health (Hdir), the Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (Bufdir) has been responsible for implementation of a three-year pilot trial of systematic collaboration between these agencies. The mandate is formulated in Measure no. 26 in 'A good childhood lasts a lifetime. Plan of action to combat violence and sexual abuse of children and adolescents (2014–2017)'. The project was undertaken in the period 2015–2017. VID Specialized University has evaluated the pilot project.

The trial has been located in five locations spread out over the country. During the trial period, the participating family counselling offices and child health centres have developed and tested various ways to structure and systematise their collaboration. As part of this effort, different interventions have been developed and tested. A frequently tested intervention has involved an invitation to parents to attend a conference with a family therapist from the family counselling office at a child health centre. Many parents of infants and toddlers perceive this stage of parenting as a challenging and vulnerable period. Parents report that the conferences with the family therapists have been beneficial and provided them with support and tools that have reinforced their marital relationship. Most of them have attended from one to three such conferences. The parents deem it not very relevant to come to the family counselling office for conferences, especially for the initial meeting. The family counselling services carry implications of marital break-up and conflict, with which the parents do not wish to be associated. Provision of this opportunity by the child health centres has thus been crucial for the recruitment of parents. The agencies have also collaborated on provision of training courses and group activities. These initiatives have involved combining knowledge and experience from both agencies pertaining to various topics and have been provided to parents of children in various age groups. The parents appraise these initiatives as useful and informative. They report that a key element in these initiatives has been to meet others who are in the same situation and see that it is common for parents of infants and toddlers to experience challenges in their marital relationships. A third type of initiative that has been developed in collaboration between the agencies includes one-day competence enhancement

sessions for staff members. In general, staff at child health centres have little previous training with regard to topics associated with marital relationships and have seen that it is difficult to raise such issues in consultations with parents. The one-day training sessions have provided them with broader knowledge on and practice in addressing these topics when communicating with parents. They report that the sessions have helped make them more confident and provided them with a new language that has emboldened them to address marital relationships in conversations with parents. The family therapists report to have gained new insight into the broad range of activities undertaken at the child health centres and the need to focus on the children of the families concerned.

The initiatives are appraised as good and efficacious ways to collaborate on preventive efforts, and parents as well as managers and staff of the agencies report that they constitute an important and relevant strengthening of service provision to parents of infants and toddlers in the municipalities. Collaboration on these concrete initiatives has also entailed more frequent interaction of a more informal nature between staff members of the agencies. The staff members have become acquainted with each other and spent time together on a regular basis over time, which has helped lower the threshold for staff at the child health centres to contact, consult with and refer parents to a family counselling office.

The trial project has yielded valuable experience on the potential for prevention inherent in collaboration between the agencies. The unique position of the child health centres, which have contact with virtually all families with infants and toddlers, provides a good basis for universal and selectively targeted preventive efforts. The position of the child health centres provides opportunities for the expertise of the family counselling services to be applied at an early stage to parents who need it, but otherwise rarely or never attend the family counselling office. Through this systematic approach, the family counselling services are able to undertake preventive efforts in groups that are otherwise hard to reach. Gaining familiarity with the services of the other agency and seeing that they both share the same target group and that the agencies represent complementary resources and competencies that can fill a need in the target group provide strong motivation for this collaborative effort.

In the project period, both participating agencies have strengthened the scope as well as the quality of their preventive efforts. The collaboration has highlighted the agencies' mutual resources and advantages in work with the target group, directed attention to parents of infants and toddlers as a shared area of responsibility for the agencies and, not least, reinforced service provision to parents during a vulnerable period.

It is recommended that child health centres and family counselling offices enter into systematic collaboration on preventive work that targets parents of infants and toddlers. Experience from Measure no. 26 can with advantage be applied as a basis for development of wider and more systematic collaboration between the agencies. The large geographic catchment area of the family counselling offices also indicates that it will be necessary to develop and test new forms and methods of collaboration that are adapted to variations in the size of municipalities and geographic distances. Inter-municipal collaboration and the use of digital solutions ought to form part of such trials.

1. Systematisk samarbeid til barns beste

1.1 Innledning

Konflikter i parforhold kan bidra til depresjon hos gravide eller nybakte mødre, og gode og stabile foreldrerelasjoner gir de beste forutsetninger for trygge oppvekstvilkår for barn (Andenæs og Haavind, 1987; Andenæs, 1996, Borren & Helland, 2013; Meld. St. 24 (2015-2016); BLD, 2014; JBD, 2014). Med utgangspunkt i at kvaliteten i samlivet påvirker foreldreskapet, og kvaliteten i foreldreskapet påvirker barna, ønsker myndighetene å bidra til gode og lett tilgjengelige tjenester for å styrke kvaliteten i samliv, samt forebygge samlivskonflikter og samlivsbrudd (Meld. St. nr.24 (2015-2016), pkt. 5.1).

Tiltaksplanen «En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)» er en tverrdepartemental plan rettet mot blant annet å bidra til å styrke foreldreskap til barns beste. «Godt foreldreskap gir trygge barn og derfor er hjelp og støtte til foreldrene viktig» står det i statsrådenes forord i tiltaksplanen (BLD, 2014, s 9).

Tiltaksplanen skal bidra til å oppfylle FN's barnekonvensjon. Den skal styrke samfunnets innsats for å sikre barns og unges rettigheter gjennom å styrke arbeidet for å bekjempe vold og seksuelle overgrep. Tiltaksplanen inneholder 43 tiltak fordelt på seks områder.

Tiltak 26 i tiltaksplanen har vært orientert om å prøve ut systematisk samarbeid mellom helsestasjoner og familievernkontor. Helsestasjonene og familievernkontorene står sammen i en særstilling når det gjelder mulighet til å bidra til gode parforhold som en måte å styrke barns oppvekstvilkår og fremme barns beste på. Begge tjenesters mandater åpner for arbeid for å styrke parforhold til barns beste. Tjenestene kan samarbeide om enkeltsaker, men det er ikke tidligere vært forsøkt å etablere et systematisk samarbeid mellom helsestasjoner og familievernkontor.

Prøveprosjektet har vært et viktig og vellykket prosjekt der systematisk samarbeid har styrket og utvidet det forebyggende tilbudet til spe- og småbarnsforeldre gjennom å kombinere ressurser fra helsestasjoner og familievernkontor.

I tiltaket har helsestasjoner i fem kommuner inngått et forpliktende samarbeid med familievernet. De deltakende kommunene er Rana, Namsos, Gloppen, Skien og Skedsmo. Fra familieverntjenesten deltar familievernkontorene i Mo i Rana, Namsos, Nordfjord, Grenland

og Romerike-Kongsvinger. Utprøvingen har foregått i perioden 2015-2017. Bufdir koordinerer oppfølgingen av arbeidet i samarbeid med Helsedirektoratet. Denne rapporten er en evaluering av tiltaket.

1.2 Helsestasjon og familievernkontor

Helsestasjonenes arbeid med familier

Helsestasjonene er et frivillig og gratis tilbud til alle gravide og barnefamilier og er hjemlet i lov om helse- og omsorgstjenester § 3-2. Formålet med helsestasjonstjenesten er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge sykdommer og skade, jf. forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 1-1. Et godt folkehelsearbeid krever innsats fra flere hold som må være rettet både mot den enkelte og det sosiale og fysiske miljøet de lever i. Tjenesten skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom, blant annet gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av forelderrollen. Foreldrenes psykiske helse, trivsel, fysiske plager og/eller sykdom, samt deres opplevelse av å håndtere og mestre hverdagslivet har betydning for barnets oppvekst. Samspeilet mellom foreldrene og barnet er betinget av forutsigbare og ivaretagende foreldre/omsorgspersoner. Foreldrene har en sentral rolle for at familien skal fungere på en god måte. Førstegangsførelse kan føle seg usikre på hva som venter dem, og mange har høye forventninger knyttet til sin nye tilværelse. Helsesøster skal i tillegg til det ordinære helsestasjonsprogrammet, gi tilbud om individuelt tilpassede støttesamtaler og ekstra konsultasjoner og veiledning til foreldre som av ulike grunner har behov for ekstra oppfølging. Helsestasjon skal ha oversikt over avlastnings- og støttetiltak som finnes i kommunen, for eksempel Familievernkontoret, Home Start Familiekontakten (HSF), Psykiske helsetjenester og BUP, og henvise ved behov (Helsedirektoratet, 2017).

Det kan være flere enn en helsestasjon i kommunen og kommunene har organisert helsestasjonsarbeidet med utgangspunkt i forskjellige modeller. Om lag 133 kommuner har samorganisert forskjellige tjenester rundt helsestasjonen for å skape bredt orienterte tjenester som innlemmer ulike tilbud rettet mot barn, ungdom og familie (Meld.St.nr. 24 (2015-2016), pkt. 5.1.2).

Familieverntjenestenes rolle i familiearbeid

Familieverntjenesten er, som helsestasjonen, et frivillig og gratis tilbud til befolkningen. Det er en lavterskel spesialisttjeneste. Det er et statlig ansvarsområde og Bufetat, som den statlige regionale familievernmyndigheten, skal sørge for at familieverntjenesten finnes i regionen, og på forsvarlig måte planlegge, dimensjonere og organisere tjenesten. Hvert familievernkontor dekker i gjennomsnitt ca. 10 kommuner (www.bufdir.no).

Tjenesten er regulert av Lov om familievernkontorer (1997). Lovens § 1 slår fast at tjenesten er en spesialtjeneste som har familierelaterte problemer som sitt fagfelt.

Familieverntjenesten utgjør grunnstammen i hjelpetilbudet til familier i forbindelse med samlivsproblemer og konflikter i parforhold, mekling og hjelp til foreldresamarbeid.

Familievernet tar imot både enkeltpersoner, par og familier. Å støtte opp om trygge familierelasjoner og hjelpe familier til å leve bedre sammen er et viktig forebyggende arbeid som fremmer gode oppvekstvilkår for barn. Familieverntjenesten har derfor en viktig rolle i å hjelpe par til å opprettholde og utvikle stabile familieliv.

Familietjenestene skal gi tidlig hjelp til par med barn i risikozonen og der det foreligger vansker, konflikter eller kriser. For å sikre helhetlige tiltak overfor den enkelte familie og barn, er det viktig å utarbeide rutiner for å styrke samarbeid og gjensidig kompetanseutvikling mellom familievernet og samarbeidspartnere som for eksempel helsestasjonen ((Meld. St. 24 (2015-2016)); BLD 2014).

Foreldrestøtte og forebyggende arbeid

Helsestasjonens arbeid er rettet mot barn og barns oppvekstvilkår, og styrking av foreldrenes utøvelse av foreldrerollen er del av helsestasjonens innsatsområde. Helsestasjonene møter de aller fleste barn til kontroller i de første leveårene, og er en god arena for å kunne fange opp barn og familier i risikozonen (BLD, 2014, s.28). Som primærhelsetjeneste skal helsestasjonen veilede og trygge familiene (Meld. St. nr. 24 (2015-2016), pkt. 5.1.2) I henhold til nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet 2017) er målet for helsestasjonsprogrammet blant annet

- at foreldre opplever mestring i foreldrerollen
- å bidra til godt samspill mellom foreldre og barn

Foreldrerettet innsats er del av helsestasjonens mandat. I Stortingsmelding nr. 24 (2015-2016): Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter, fremheves at «helsestasjonene kan bli bedre i å fange opp problemer og hjelpebehov i familier, og samtidig benytte foreldrestøttende tiltak gjennom veiledning og kompetanseoppbygging fra familievernkontorene» (Meld. St. 24 (2015-2016), pkt. 4.6.2).

Familievernkontorene har mandat for forebyggende arbeid rettet mot foreldre og familier, og bør, i hht Lov om familievernkontorer (1997), § 1 drive utadrettet virksomhet om familierelaterte tema. Dette kan bestå av veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet og publikum. Stortingsmelding nr. 24 (2015- 2016) understreker familievern tjenestens forebyggende mandat ved å legge vekt på at «Formidling av kunnskap og kompetanse om samliv, godt familiesamspill og samlivsutfordringer kan gjøres mer planmessig til brukerne og det øvrige hjelpeapparatet» (pkt.4.6).

Både helsestasjonen og familievern tjenesten skal drive forebyggende arbeid. Det er vanlig å dele forebyggende arbeid inn i tre typer. Det er universelt innrettet forebyggende arbeid som er strategier og tiltak som retter seg mot alle, hele befolkningen. Det er selektivt innrettet forebyggende arbeid som retter seg mot særlig sårbare målgrupper, risikogrupper og risikosituasjoner. Det er indikativ forebygging som retter seg mot enkeltpersoner med risikofaktorer og eller konkrete problemer og grupper med sammensatte problemer som har vart over tid. Tiltak 26 er et prøveprosjektet som handler om forebyggende arbeid med universelt og selektivt innrettede tiltak.

1.3 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid i feltet

Helsestasjonen og familievernkontoret er del av forskjellige styringslinjer. De har forskjellige oppgaver og møter familier i forskjellige livssituasjoner. Tjenestene har ulike mandat som kan ha betydning for hvordan de vurderer familienes behov og for hva de ser som egen og den andres oppgave. De to tjenestene har ansatte med ulik kompetanse. Grunnbemanningen i helsestasjonene består av ansatte med helsefaglig bakgrunn, vanligvis jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut. Familievernkontorene er tverrfaglig bemannet med sosionomer, psykologer, barnevernspedagoger og andre med helse- og sosialfaglig utdanning og videreutdanning i familierapi (Meld. St. 24 (2015-2016)). Disse ulike kompetansene kan

utfylle hverandre, men også gjøre at en fokuserer på forskjellige sider av barn og familiers situasjon, noe som kan ha betydning for et samarbeid.

Det er gjort lite forskning omkring samarbeidet mellom helsestasjonen og familievernet (Flackè, 2005), men flere studier har fokusert på samarbeidet mellom familievernet og barneverntjenesten (Knudsen, 2004, Willumsen & Ødegård, 2012, Winsvold, 2011). Disse studiene har pekt på hvor viktig et godt tverretattlig samarbeid er for sikre barn og familier best mulige hjelp. Det er rimelig å anta at dette også gjelder samarbeid mellom helsestasjon og familieverntjenesten.

1.4 Oppdragsforståelse og problemstillinger

Oppdragsforståelse

Buadir har i konkurransegrunnlaget for evalueringen understreket den skal beskrive erfaringer i utvikling av systematisk samarbeid mellom helsestasjonene og familievernkontorene.

Samarbeidet mellom partene i prøveprosjektet står derfor sentralt i denne evalueringsrapporten. Den inneholder beskrivelser av tiltakene som har vært prøvd ut i samarbeidet, og erfaringer med og forutsetninger for dem. Evalueringen er også en evaluering av Tiltak 26 som helhetlig prøveprosjekt.

Etter avklaring med oppdragsgiver er det ikke fokusert på evaluering av arbeidet som er gjort på hvert enkelt prøveprosjektsted separat. Prøveprosjektet er sett på som ett helhetlig nasjonalt prosjekt.

I henhold til bestillingen fra oppdragsgiver, skal evalueringen gi anbefalinger som kan danne grunnlag for å utvikle en veileder med konkrete anbefalinger om hvordan samarbeid mellom helsestasjonene og familievernet kan organiseres.

De målbare forebyggende effektene av samarbeidet faller utenfor denne evalueringens rammer.

Problemstillinger

Målet med Tiltak 26 har ikke vært å styrke parforhold i seg selv, men å styrke parforhold og relasjonen mellom foreldrene for å gi barn en trygg oppvekst. Barns beste er det sentrale målet for forebyggingen som det systematiske samarbeidet er del av. Gjennom evalueringen

har det vært et ønske om å få dokumentert kunnskap om hva som fremmer og eventuelt hemmer godt systematisk samarbeid mellom de to aktørene i dette arbeidet. Overordnet problemstilling for evalueringen har vært:

Hvilke faktorer fremmer og eventuelt hemmer godt systematisk samarbeid mellom helsestasjoner og familieverntjenesten i arbeidet med styrke parforhold for å trygge barns oppvekst?

For å svare på problemstillingen har det vært viktig å identifisere hvilke former for systematisk samarbeid som ble utviklet i prøveprosjektet. Videre har det vært sentralt å se på hvilke forutsetninger som ligger til grunn for samarbeidsformer og tiltak og de involverte aktørenes erfaringer med dem.

I evalueringen har vi undersøkt delproblemstillinger knyttet opp mot prøveprosjektets tre resultatmål. Disse gjelder utvikling av forpliktende samarbeidsavtaler, definering av samarbeidsområder herunder målgrupper, og etablering av strukturer for systematisk samarbeid mellom partene.

I tillegg til problemstillinger knyttet til utviklingen av tiltak i samarbeidet mellom helsestasjon og familievern, belyser evalueringen gjennomføringen av Tiltak 26 som selvstendig helhetlig prosjekt.

1.5 Metode, datagrunnlag og analyse

Problemstillingene er relatert til forskjellige sider ved samarbeidet mellom helsestasjonene og familievernkontorene. I evalueringen har prosjektdeltagernes erfaringer stor plass og betydning. Evalueringen basert på kvalitative metoder. Datagrunnlaget består av dokumentanalyse, fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer med representanter for helsestasjonene, familievernet og individuelle intervjuer med brukere av tjenestene.

Forskerne har vært delt opp i team på to og to og har vært på to dagers feltarbeid på hvert prøveprosjektsted i september 2017. I forkant av feltarbeidene var det gjort forberedende kartleggingsintervjuer med sentrale deltakere i prosjektet samt foretatt dokumentstudier av foreliggende materiale relatert til Tiltak 26 fra prosjektkommunene. To forskere deltok på en prosjektsamling i oktober 2017. Dette er omtalt under punktet om respondentvalidering.

Informanter og utvalg

Informantene i undersøkelsen består av ansatte ved helsestasjonene og familieverntjenesten ved de fem prøveprosjektstedene, foreldre som har tatt del i tiltak i prøveprosjektet, og representanter for Bufdir og Helsedirektoratet.

Ved evalueringsstart henvendte vi oss på epost til alle som var oppført på Bufdirs adresseliste for prosjektet. I eposten ba vi om forslag til tid for feltarbeid og om å få kontakt med en person som var involvert i prosjektet for å gjøre et telefonintervju på forhånd om prøveprosjektet slik det var utviklet i kommunen. Vi ba også om å få tilsendt foreliggende informasjon om prosjektet lokalt. Intervjuet vi foretok på forhånd var basert på en strukturert intervjuguide og del av forberedelse til feltarbeidet. Slike intervjuer ble gjennomført ved alle prøveprosjektstedene og det varierte om det var ansatte fra helsestasjonen eller fra familievernet vi fikk som kontaktperson. Informantene ble kontaktpersoner som bisto med lokal tilpasning av informasjonsskrivene som skulle brukes til rekruttering av informanter til intervjuer underfeltarbeidet.

Vi hadde planlagt å foreta dokumentanalyser av foreliggende samarbeidsavtaler og andre dokumenter som var utarbeidet lokalt. Det var tenkt som del av den forberedende kartleggingen av samarbeidsformer, -områder og –strukturer i kommunene. Det viste seg imidlertid av forskjellige årsaker å være relativt få slike dokumenter tilgjengelig.

Vi har foretatt i alt 9 fokusgruppeintervjuer, 4 på familievernkontor, 5 på helsestasjoner. Til sammen har 31 personer deltatt i disse. Vi gjennomførte separate fokusgrupper med ansatte fra de to tjenestene for å ivareta muligheten for refleksjoner rundt eventuelle hindringer i samarbeidet. I intervjuene som har vært holdt på familievernkontorene har det vært 2 eller 3 deltakere. Ved ett av kontorene ble det ikke holdt fokusgruppeintervju pga at den familieterapeuten som var leder og den mest involverte i prosjektet fra det kontoret, var sykemeldt. Fra dette kontoret ble en annen ansatt fra familievernkontoret intervjuet alene. I de 5 fokusgruppene på helsestasjoner var det mellom 2 og 7 deltakere. De som var med var helsesøstre, jordmødre og ledere ved helsestasjonene. Noen helsestasjoner er organisert sammen med andre tjenester rettet mot barn og familier. Ved ett tilfelle var ansatte fra andre tjenester også invitert inn i fokusgruppen. Fokusgruppeintervjuene ble arrangert av ansatte ved prøveprosjektene, forskerne var ikke involvert direkte i utvalg av enkeltdeltakere. I tillegg til fokusgruppeintervjuene har vi hatt 4 intervjuer med enkeltpersoner som ikke kunne delta i fokusgruppen på tidspunktet for intervjuet.

På bakgrunn av evalueringens problemstillinger, bakgrunnsopplysningene og dokumentanalysen ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide for fokusgruppeintervjuene som åpnet for at deltakernes refleksjoner rundt erfaringer med samarbeidsprosjektet, herunder samarbeidsområder og -strukturer. Hovedmålet med intervjuene var å få utdypet kunnskap om hvordan deltakerne, fra hvert sitt ståsted, opplevde at samarbeidet fungerte, hva det krever av ressurser, hvilke resultater de så og hva de tenkte var områder for forbedring. Fokusgruppene tok også opp hva deltakerne tenkte om forlengelsen av innholdet i Tiltak 26 etter endt prosjektperiode. Fokusgruppeintervjuene varte mellom en og to timer.

Vi har også foretatt individuelle intervjuer med foreldre som er henvist fra helsestasjonen til familievernkontoret gjennom prosjektet i de aktuelle kommunene. Det ble utformet et informasjonsbrev om undersøkelsen. Dette brevet ble tilpasset lokal organisering av tjenestene og distribuert av helsestasjonene til foreldre som hadde deltatt i tiltak i regi av prøveprosjektet. I brevet ble foreldrene oppfordret til å ta direkte kontakt med forskerne. Det viste seg å være utfordrende å rekruttere disse informantene. Det ble sendt ut en purring for å øke antallet som ville delta på intervju. Intervjuene ble i hovedsak gjennomført under feltarbeidet og noen på telefon i etterkant. Til sammen 10 foreldre ble intervjuet, 9 mødre og en far. Til intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som særlig er knyttet opp mot problemstillingene som relaterer seg til samarbeidsområder og –struktur. Det var ikke foreldrenes livssammenheng og problemer som var det primære tema for intervjuene. Intervjuguiden la vekt på brukernes erfaringer med å bli møtt i sin situasjon, hvordan var «timingene», og hvordan de var blitt fulgt opp i ettertid. Intervjuene med foreldrene varte mellom 20 og 45 minutter.

Vi har intervjuet de involverte ansatte i direktoratene, ett intervju med de to ansatte fra Bufdir og ett med en ansatt fra Helsedirektoratet. Intervjuene var orientert om de ansattes erfaringer med å utvikle og gjennomføre prøveprosjektet, og de resultatene prosjektet har ført til. De ble også spurt om deres syn på forhold som hemmer og fremmer samarbeid mellom helsestasjon og familievern.

Under alle intervjuene var en av forskerne referent og noterte det som ble sagt. I telefonintervjuene bruke forskeren head-set og skrev direkte referat under samtalen.

Prosjektet er meldt til og godkjent av NSD.

Analyse

Problemstillingen om hvilke faktorer som hemmer og hvilke som fremmer godt systematisk samarbeid mellom helsestasjoner og familievernet i arbeidet med å trygge barns oppvekst har vært det overordnede spørsmålet vi har stilt til materialet. I prosessen har vi arbeidet med hvordan datamaterialet besvarer spørsmålene fra delproblemstillingene og med å identifisere og drøfte andre sentrale spørsmål og tema som har kommet til syne i datamaterialet.

Datamaterialet består i hovedsak av referatene fra alle intervjuene og av sentrale dokumenter utviklet i forkant av og i løpet av prosjektperioden, og av våre observasjoner fra feltarbeidet. Alle deler av datamaterialet ble lest av alle forskerne.

Analysen av datamaterialet har vært foretatt både internt for hvert prøveprosjektsted separat, og på tvers mellom stedene, langsgående og tverrgående analyser (Malterud, 2003) av materialet. Analysene har vært fruktbare for hverandre ved at de har bragt frem elementer i sin kontekst som har gitt ny mening til den andre formen for analyse i sin kontekst. I forskerteamet har vi vekslet på å arbeide med analysen en og en, i feltarbeidsteamene og i fellesskap. Denne vekslingen har vært nyttig og inspirerende og har bidratt til kvalitetssikring av bruk og forståelse av materialet fra evalueringen.

Respondentvalidering

I oktober 2017 deltok to fra forskerteamet på en prosjektsamling i Tiltak 26. Forskerne deltok i hele samlingen, som observatører til prosessarbeidet og plenumssamlingene. På samlingen presentere de sentrale momenter og foreløpige funn fra evalueringen. Alle deltakerne på samlingen ble invitert til å kommentere og diskutere det presenterte materialet.

Hovedinntrykket fra tilbakemeldingene var at det presenterte materialet av analyser og funn, ble bekreftet. Det ble også på noen områder utdypet.

1.6 Gangen i rapporten

Kapittel 2 presenterer Tiltak 26 som helhet slik det var organisert sentralt og lokalt som prøveprosjekt, herunder deltakernes og prosjektledelsens vurderinger av prosjektet og prosjektdeltakelsen som helhet. Lesere som er mest interessert i tiltakene som ble utviklet i prøveprosjektet kan gå rett til kapittel 3. Tiltakene beskrives inngående og prosjektdeltakernes og foreldrenes erfaringer med dem presenteres. Konkrete lærdommer fra tiltakene løftes frem. Kapittel 4 drøfter suksesskriterier for det systematiske samarbeidet i Tiltak 26 i lys av samarbeidsteori. I kapittel 5 oppsummeres erfaringer fra prøveprosjektet om faktorer som

fremmer godt systematisk samarbeid helsestasjoner og familievernkontor for å trygge barns oppvekst. Det gis anbefalinger om videreføring og iverksetting av tiltak i lys av erfaringer fra prosjektet. Det gis også anbefalinger om utvidelse av prøveprosjektet med presisering av områder som bør vektlegges i en slik utvidelse.

2. Tiltak 26: Systematisk samarbeid mellom helsestasjon og familieverntjeneste

2.1 Innledning

Tiltak 26 ble initiert gjennom tiltaksplanen «En god barndom varer livet ut Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)». Oppdraget med å iverksette tiltaket ble lagt til Bufdir og Helsedirektoratet, med Bufdir som prosjektledelse. Det overordnede målet med tiltaket var å få et bedre og mer systematisk samarbeid mellom helsestasjonene og familievernet for å trygge barns oppvekst. Konkrete målsettinger for det systematiske samarbeidet var ikke nedfelt i oppdraget som ble gitt direktoratene.

I dette kapitlet presenteres prøveprosjektet som helhetlig prøveprosjekt og prosjekterfaringer løftes frem og drøftes.

2.2 Organisering av Tiltak 26

Tiltak 26 har vært organisert som fem utviklingsprosjekter, ett i hver av Bufetats regioner, der hvert prosjektsted fra starten av fikk anledning til å utvikle prøveprosjektet tilpasset sin lokale kontekst. Det var på forhånd ikke laget en ferdig prosjektplan eller prosjektmal eller bestemte tiltak som skulle implementeres i de fem kommunene. Bufdir hadde flere forslag til tiltak som kunne prøves ut, men det var viktig å igangsette tiltak som engasjerte og passet lokalt.

En av årsakene til at prosjektledelsen ved Bufdir ønsket å gi prøveprosjektstedene mulighet til å utvikle egne tiltak i regi av Tiltak 26, var den store kommunale variasjonen i landet.

Variasjonen er stor både når det gjelder kommunestørrelse, geografiske, demografiske, næringsrelaterte og sosiale forhold. Det kommunale selvstyret gjør i tillegg at organiseringen av helsestasjonstjenesten er ulikt kommunene mellom. Prosjektledelsen sentralt vurderte at disse variasjonene gjorde det nødvendig for prosjektets relevans og overførbarhet, og dessuten kvalitetsfremmende, å gi stor frihet til lokal utforming av prosjektene. De fem stedene skulle utvikle prosjekter basert på de lokale forutsetningene.

Helsestasjonen er en kommunal og familievernet er en statlig tjeneste. Dette innebærer at de er del av forskjellige styringsstrukturer. Bufdir kan gjennom Bufetat instruere familieverntjenesten. Helsedirektoratet kan ikke instruere den kommunale helsetjenesten, men legge føringer gjennom faglige anbefalinger og retningslinjer og krav til forsvarlighet i

tjenesten. Prosjektet var derfor avhengig av at kommunen selv, og helsestasjonen i særdeleshet, ville delta i prosjektet.

Det fulgte ikke økonomiske ressurser med oppdraget. Utgifter til de lokale prosjektene er dekket av deltakende kommunene og familievernkontorene. Utgifter til de totalt seks prosjektsamlingene, til prosjektledelse og evaluering, er dekket over Bufdirs ordinære budsjett.

Rekruttering av deltakende kommuner

Da det skulle rekrutteres prøveprosjektsteder til Tiltak 26, utpekte regionkontorene i Bufetat familievernkontor, et kontor i hver av de fem regionene. Familievernkontorene sonderte mulige samarbeidskommuner i sitt nedslagsfelt og Bufdir sendte så i samarbeid med Helsedirektoratet en formell invitasjon til prosjektdeltakelse til kommunene. Det var opp til lokale myndigheter å avgjøre prosjektdeltakelse.

Det var ulike erfaringer med rekrutteringen av kommuner lokalt. En felles erfaring var at det var viktig at de som skulle stå for prosjektet i praksis møttes for å avtale samarbeid i stedet for at det ble sendt ut informasjon om prosjektet fra kommuneledelsen eller Bufdir. Noen steder var samarbeidet raskt på plass, mens andre måtte arbeide lenger for å etablere kontakt og en felles forståelse av hva et samarbeid ville innebære for de ulike partene. Det var også et gjennomgående inntrykk at helsestasjonene var involvert i mange forskjellige satsninger og prosjekter, og at Tiltak 26 måtte innpasses og tilpasses situasjonen lokalt. Den store prosjektporteføljen lokalt illustreres av at noen ansatte ved helsestasjonene ikke hadde spesifikt forhold til at det de gjorde i prosjektet var knyttet til Tiltak 26. De så tiltakene mer generelt som en del av de prosjektene helsestasjonen holdt på med.

Organisering sentralt

På direktoratsnivå er det enighet om at Tiltak 26 for alle praktiske formål har vært ledet og drevet frem av Bufdir. Begge direktorater ville gjerne hatt tettere samarbeid mellom direktoratene. Det var imidlertid vanskelig å få til fordi representanten fra Helsedirektoratet gjennom hele prosjektperioden har ledet arbeidet med utvikling og ferdigstilling av «Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom». I ettertid ser de at det burde vært en

vararepresentant fra Helsedirektoratet som kunne fulgt prosjektet når hovedansvarlige var forhindret fra å møte.

Buudir har hatt prosjektlederansvaret og to til tre ansatte har vært involvert i Tiltak 26 fra direktoratets side. Prosjektet har vært samlingsbasert. Fra direktoratets side har en stor del av arbeidet med prosjektet bestått i planlegging, gjennomføring og oppfølging av disse samlingene. I tillegg har de fulgt opp prosjektene enkeltvis med jevnlig kontakt og gitt assistanse når det er blitt meldt inn behov for det.

Buudir foretok en kartlegging av eksisterende samarbeid på prøveprosjektstedene i den første del av prosjektperioden. Kartleggingen viste at det i liten grad var systematisk eller formalisert samarbeid mellom tjenestene. Kartleggingen viste også at hvis det var kontakt og samarbeid mellom helsestasjonene og familievernnet, var det i enkeltsaker. Den viste at særlig helsestasjonene var involvert i forskjellige nasjonale og lokale prosjekter og satsninger relatert til barn og familier, men at disse i liten grad omfattet deltakelse fra familievernnet.

Samlingsbasert prosjektmodell

Prosjektutviklingen har vært basert på fellessamlinger og lokal aktivitet mellom samlingene. I prosjektperioden har det vært totalt seks samlinger inkl. avslutningssamlingen, der deltakere fra de utvalgte kommuner og familievernkontor har vært samlet i to dager (en overnatting). Samlingene har vært holdt rundt i alle de deltakende regionene.

En typisk prosjektsamling har vært lagt opp som prosessarbeid med en blanding av presentasjon av status på prøveprosjektstedene, diskusjoner av felles problemstillinger og anliggende, og en presentasjon av vertskommunen inkludert familievernets og helsestasjonens arbeid og organisering lokalt. Det har vært satt av tid til at prosjektdeltakere i samme prosjekt kunne snakke sammen om sitt lokale prosjektet. Det var også satt av tid til diskusjoner mellom ansatte og ledere ved hhv helsestasjoner og familievern på tvers av regiontilhørighet.

Fra prosjektledelsen har det vært et bevisst valg å legge samlingene rundt til prosjektstedene. På hver samling har det vært gitt ekstra tid til «vertskommunen» til å presentere seg, lokale forhold, og måten det arbeides på i Tiltak 26.

Nedenfor presenteres et eksempel på program for en samling (2. samling, april 2016):

PROGRAM, PROSJEKTSAMLING TILTAK 26 I HANDLINGSPLANEN	
«En god barndom varer livet ut», 27. OG 28. APRIL I SKIEN	
ONSDAG 27. APRIL	
09.00	Vi møtes på Grenland familievernkontor, Schweigaardsgate 11, 3717 Skien
	Velkommen
	Orientering om arbeidet ved Familievernkontoret i Grenland med spesielt fokus på vold og konflikt. Hvor er vi nå i samarbeidet? Presentasjoner fra de 5 regionene
12.30	Lunsj på hotellet
13.30	Fortsettelse, presentasjoner fra de 5 regionene
	Arbeid i grupper på tvers av regionene på hotellet
15.00	Plenumsdeling fra gruppene
17.00	Slutt for dagen
TORSDAG 28. APRIL	
09.00	Vi møtes på Grenland familievernkontor
	Systematisering av erfaringene i prosjektet. Innledning Bufdir
	Lena Holm Bengtsson presenterer Familievernkontoret Romerike – Kongsvingers arbeid med systematisering.
	Regionale team. Hvordan kan vi iverksette dette hos oss?
11.00	Eventuelt besøk på Helsestasjonen i Skien
12.30	Lunsj
13.30	Oppsummering og veien videre
15.00	Slutt/avreise

Tema til gruppearbeid på tvers, prosjektsamlingen i Skien:	
HELSEØSTRE OG JORDMØDRE:	
1.	Hvilke problemstillinger ser dere etter når dere rekrutterer til samtaler med familievernet?
2.	Hvilke saker er det naturlig å rekruttere til familievernet?
FAMILIETERAPEUTENE:	
En sak/problemstilling dere har møtt i saker henvist av helsestasjonen.	
LEDERNE I FAMILIEVERNET OG VED HELSESTASJONENE:	
Hvordan rekrutterer, forankrer og motiverer vi i samarbeidet?	

Den første prosjektsamlingen ble holdt på Gardermoen i oktober 2015. På samlingen ble formålet med prøveprosjektet presentert sammen med Bufdirs intensjon om at alle de fem prosjektstedene var tenkt å utvikle et prøveprosjekt basert på de forutsetningene som lå i den lokale konteksten de stod i. På denne første samlingen startet arbeidet med utvikling og konkretisering av det som skulle bli de lokale prøveprosjektene. Ved familievernkontoret på Romerike Kongsvinger hadde de allerede samarbeidet med helsestasjoner i regionen over tid. På den første samlingen ble samarbeidsmodellen derfra, der en familieterapeut var fysisk tilstede for samtaler ved helsestasjonen og tilhørende informasjonsbrosjyrer, presentert.

Alle de deltagende prøveprosjektstedene ønsket etter oppstarten å prøve ut varianter av denne modellen i sitt lokale prosjekt. Det ble også planlagt andre tiltak for utprøving. Ved en opptelling fra januar 2016 av tiltak som skulle iverksettes i regionene, var det registrert totalt 11 tiltak med former for systematisk samarbeid, der hvert prøveprosjektsted hadde mellom 1 og 3 tiltak de skulle iverksette.

De påfølgende samlingene, to i 2016 og to i 2017, har vært holdt rundt i de deltagende kommunene der de lokalt ansatte prøveprosjektdeltakerne i helsestasjonen og familievernkontoret har vært vertskap. Siste samling, avslutningsseminar, holdes i mars 2018.

I etterkant av samlingene har prosjektledelsen ved Bufdir sendt ut relativt uformelle referater med oppsummeringer av tema og prosjektaktivitet som har blitt presentert og diskutert i løpet av samlingene.

Lokal organisering av prøveprosjektet

Det har vært opp til prøveprosjektstedene lokalt å utforme den lokale organisasjonen for prosjektet. De lokale prøveprosjektstedene er, som nevnt ovenfor, preget av variasjon som blant annet omfatter beliggenhet, størrelse og organisering. Noen kommuner har en helsestasjon, andre har flere. Noen kommuner har etablert flere tjenester i nært samarbeid med helsestasjonen, for eksempel barnevern og psykisk helsevern. Slike tjenestesteder betegnes for eksempel som Familiens hus eller Familietjenesten. Noen kommuner har ansatt helsesøstre med familieterapikompetanse, andre har familieterapeuter med annen utdanningsbakgrunn. Arbeidet til familieterapeutene som var ansatt i kommunene var rettet mot tematikk der barna var i fokus, for eksempel samspilltematikk, grensesetting eller kommunikasjon i familier. Ingen av de deltagende kommunene hadde helsestasjoner der det i utgangspunktet ble drevet parsamtaler av familieterapeut ansatt i kommunen. I Tiltak 26 var det i hovedsak den eksplisitte helsestasjonsdelen med helsestasjonens ordinære oppfølging av barn og familier, i sentrum for tiltaksutviklingen.

Prøveprosjektstedene organiserte sitt lokale prosjekt ved å danne en prosjektgruppe med to til tre ansatte fra helsestasjonen, og en til tre som representerte familieverntjenesten. I tillegg til prosjektgruppen, har prosjektene involvert mellomledere, helsesøstre, jordmødre og i noen regioner også flere familieterapeuter. Ingen av kommunene hadde inkludert ansatte fra kommuneledelsen i prosjektgruppen. Det vanlige var at leder av hhv helsestasjonen og familievernkontoret var med i prosjektgruppen. Ved et av stedene var det ikke slik i starten av

prosjektperioden. Etter kort tid ble det tydelig at det var viktig for å få tilstrekkelig tyngde bak prioritering av prosjektet at også lederne var med. Lederne ble invitert inn som del av prosjektgruppen og det fikk stor betydning for prosjektets videre utvikling.

På lokalt nivå var Tiltak 26 i hovedsak organisert omkring etablering og drift av de spesifikke tiltakene prosjektgruppen utviklet på de nasjonale samlingene. De lokale prosjektgruppene reiste sammen på prosjektsamlingene i Tiltak 26. Det var på prosjektsamlingene de arbeidet mest sammen som prosjektgruppe. Deltakerne uttrykker at det var utfordrende å prioritere tid til å møtes utenom samlingene og at samlingene gav gode arbeidsforhold med ro og konsentrasjon for dem som gruppe til å utvikle det lokale prosjektet. En til to ansatte fra de to tjenestene holdt kontakt om og fulgte opp tiltaksutviklingen mellom samlingene. Ansatte fra tjenestene, også flere som ikke var del av den lokale prosjektgruppen, har samarbeidet om å iverksette tiltakene lokalt.

2.3 Resultatmålenes innretning og prøveprosjektets fokus

Resultatmålene for prosjektet ble formulert ved prosjektstart og var knyttet til utarbeiding av samarbeidsavtaler, identifisering av samarbeidsområder og etablering av samarbeidsstrukturer og faktisk samarbeid. I løpet av prosjektperioden viste det seg at resultatmålene som var orientert om samarbeidsområder og –strukturer fikk mer oppmerksomhet enn målet som gjaldt utarbeiding av lokale samarbeidsavtaler.

Utvikling av samarbeidsavtaler

De lokale prøveprosjektstedene har benyttet mal for avtale utarbeidet av Bufdir (vedlegg) som sin samarbeidsavtale. Lokale forhold speiles ikke i disse avtalene som er utformet for undertegning på overordnet nivå i kommunen og familievernkontorets leder. Ikke alle prøveprosjektstedene hadde en undertegnet samarbeidsavtale tilgjengelig da vi etterspurte det i forbindelse med evalueringen.

For noen prøveprosjektsteder fungerte avtalen som en formell forankring for prosjektet og for prioritering og ressursbruk oppad i kommunen. For noen av prosjektdeltakerne var det ved lederskifte opplevd som viktig at den nyansatte lederen i familievernet skrev under på avtalen, selv om denne lederens forgjenger også hadde gjort det på vegne av tjenesten. Dette ble begrunnet med at man ikke på forhånd kunne være sikker på om den nye lederen ville

fortsette samarbeidet som forgjengeren hadde startet. Slik sett bekrefter det avtalenes formelle og overordnede rolle.

På nivået under de formelle avtalene ble det utviklet prosjektplaner lokalt ved starten av prøveprosjektet. Prosjektplanene skisserte områder og strukturer for det systematiske samarbeidet. Det systematiske samarbeidet utviklet seg løpende etter hvert som man fikk erfaringer gjennom prosjektet. Det synes som om man ved prøveprosjektstedene har lagt mer vekt på utvikling og forankring av prosjektsamarbeidet på tjenestenivå enn på overordnet nivå.

Identifisering av samarbeidsområder

Tiltak 26 gav et relativt åpent utgangspunkt for hvilke områder prøveprosjektstedene skulle utvikle systematisk samarbeid om. Likevel er de lokale prøveprosjektene konsentrert om utvikling av tiltak innenfor de samme områdene. Det er områder der tjenestene har sett det som fruktbart og mulig å sette inn tiltak for å styrke foreldrerelasjonen til barns beste.

De ansattes beskrivelser av unge pars situasjon i dag er relativt samstemt, uavhengig av kommune- og tjenestetilhørighet. De gir uttrykk for at unge par, førstegangsforeldre eller i overgangen fra ett til to barn, lever i en sårbar situasjon. Mange par er lite forberedt på hvordan hverdagen blir snudd opp ned med et nyfødt barn, og hvordan det kan påvirke relasjonen i parforholdet. Mange har få erfarne personer å betro seg til og få råd av.

Situasjonen er preget av usikkerhet på foreldrerollen kombinert med store og til dels ulike forventninger til hva det skal være å være foreldre og en familie. Søvnmangel og opplevelse av tilkortkommenhet sliter på parforholdet. Mange par finner det vanskelig å snakke sammen om det som oppleves krevende og etter hvert uholdbart i forholdet. Særlig utfordringer med manglende opplevd forståelse og anerkjennelse fra partneren ble påpekt. Forholdet mellom foreldrene preges av dårlig kommunikasjon, og redsel for å fortelle den andre hvordan situasjonen oppleves for en selv. Barnets oppvekstsituasjon preges av dette og helsestasjonsansatte opplever at de har lite å stille opp med overfor denne utfordringen. Flere familievernkontor erfarer at mange kommer til meklings med en baby. Slike og lignende erfaringer i praksisfeltet dannet grunnlag for en oppmerksomhet mot den tidlige fasen av foreldreskapet, og de utfordringer som kan oppstå for paret og for familien som helhet og for barnas oppvekstvilkår.

På bakgrunn av denne forståelsen definerte prosjektdeltakerne følgende områder for samarbeid mellom familievern og helsestasjon: informasjon om parforhold i småbarnsfasen, samtaletilbud til foreldre som strever i parrelasjonen, og heving av ansattes kompetanser til å møte og håndtere utfordringer i parforhold. Grunnlaget for valget av samarbeidsområdene var en felles oppfatning av at mange av parenes problemer kunne reduseres ved forebyggende arbeid og at helsestasjonen og familievernet i fellesskap disponerer ressurser for å få det til. Helsestasjonens posisjon som en institusjon som møter og følger nær sagt alle småbarnsfamilier ble sett som en unik ressurs og alle par som kom i kontakt med helsestasjonen skulle omfattes av prøveprosjektet. Familievernets kompetanse på parrelasjon, kommunikasjon og konflikt kunne settes i spill som ressurs på alle de samarbeidsområdene.

Samarbeidsstrukturer og tiltak

Prosjektdeltakerne skulle utvikle og prøve ut strukturer for systematisk samarbeid mellom tjenestene. Kjennetegn ved strukturer og tiltak på samarbeidsområdene er beskrevet utfyllende i kapittel 3 og i dette avsnittet gir derfor bare en oppsummering av de viktigste trekkene ved disse.

Strukturene for det systematiske samarbeidet på de fem prøveprosjektstedene bærer i liten grad preg av forskjeller i forhold som størrelse og organisering av tjenestetilbudet i kommunene og regionene. Det har vært utviklet strukturer med ansvarsfordeling knyttet til konkrete tiltak. Dette gjelder både for fordeling av oppgaver og ansvar mellom helsestasjon og familievernkontor. Strukturene er pragmatisk utformet ut fra hvilken tjeneste som er i best posisjon praktisk og kompetanse til å fremme tiltaket.

De konkrete tiltakene som ble utviklet er lokale variasjoner over tilbud om parsamtaler med familieterapeut på helsestasjonen, samarbeid om kurs- og gruppetilbud og felles fagdager for ansatte.

I den neste delen av kapitlet presenteres prosjektdeltakernes vurdering av Tiltak 26 som overordnet prosjekt. Vurderingen av de lokalt utformede samarbeidsstrukturene og -tiltakene, er beskrevet sammen med disse i kapittel 3.

2.4 Helsestasjonenes og familievernkontorenes vurdering av Tiltak 26

Ved prøveprosjektene lokalt er deltakerne i det store og hele fornøyd med prosjektdeltakelsen som helhet og hvordan de ansatte i Bufdir har lagt opp og ledet prosessen i prosjektet. Bufdir-

ansatte får ros for å være oppmerksomme og for å drive en god prosess. I det følgende rettes oppmerksomheten mot deltakernes vurdering av organisering av prosjektsamlingene, forankring og ledelse og organisering av samarbeidet lokalt.

Gode prosjektsamlinger

Prosjektsamlingene evalueres som nyttige og sentrale for utviklingen av prosjektsamarbeidet nasjonalt og lokalt. Det legges særlig vekt på at samlingene har gitt de lokale prosjektgruppene anledning til å arbeide sammen over tid om sin del av prosjektet som har vært trukket frem som positivt. Det er i samlingene hoveddelen av de lokale prosjektgruppenes utviklingsarbeid har vært planlagt. Deres erfaringer er at det er vanskelig å få tid nok til å møtes i hverdagen og å reise til samlingene sammen muliggjorde det på en god måte. At samlingene har gitt anledning til å møtes også på tvers av regiontilhørighet, er vurdert som interessant og inspirerende. Det å ha diskusjonsgrupper med ansatte tilhørende samme tjeneste på tvers av region, er noe flere nevner som særlig nyttig. Samlingenes fokus på erfaringsutveksling og dialog, er fremhevet som svært fruktbart for prosjektutviklingen.

Alle deltakerne i prosjektgruppene gir uttrykk for at det har vært interessant å besøke og få kjennskap til de andre prosjektstedene. Noen informanter stiller spørsmål ved ressursbruken. Det er til sammen brukt mange dagsverk på reising til prosjektstedene rundt om i landet. Disse informantene legger vekt på at samlinger rundt for eksempel Gardermoen ville vært bedre bruk av ressurser, både økonomiske og tidsmessige. Andre vektlegger betydningen av å bli inspirert av å komme til nye steder og se hvordan virksomhetene er organisert der.

Betydning av lokal forankring og ledelse

Buudir har vært opptatt av utvikling av samarbeidsavtaler lokalt skulle forankres formelt på høyt nivå i kommunen. Ved prøveprosjektstedene er det ulike meninger om betydningen av dette. For noen har det vært viktig at det har vært formelt forankret på toppnivå i organisasjonen, men at dette ikke har hatt noen praktisk betydning. Enkelte har gitt uttrykk for at prosjekter som Tiltak 26 ikke kan forankres på rådmannsnivå. Deres erfaring er at det nivået utgjør en flaskehals som hindrer fremdrift og fleksibilitet i prosjektet. Det er forankring hos ledelse på tjenestenivå som trekkes frem som det mest sentrale for at prosjektet skulle lykkes.

Ansatte beskriver at det i starten av prosjektperioden var opplevd uklart hvem som var ansvarlig for prosjektet lokalt og hvem som skulle lede det. Etter hvert utviklet det seg ordninger lokalt for hvordan prosjektet ble ledet, men det var lite tydelig for deltakerne hvilken rolle for eksempel overordnede kommunale myndigheter skulle ha inn i prosjektet.

Ved alle de fem stedene er erfaringen ved prosjektslutt at forankring i tjenestens ledelse har vært viktig for både familievern og for helsestasjonene. Som beskrevet ovenfor ble prøveprosjektet ved ett av stedene startet uten at tjenestelederne var involvert i prosjektgruppen. Deltakerne i prosjektet beskriver at det først ble fart på prosjektet da tjenesteledere ble involvert direkte. At leder gir uttrykk for tydelig prioritering, at det blir informert om på møter der alle ansatte er tilstede, gir nødvendig legitimitet. Slik prosjektdeltakerne ser det, er det ikke tilstrekkelig at noen ledere «klipper snora». Helsesøstre og jordmødre gir uttrykk for at det må være et kontinuerlig fokus på satsingen hvis ansatte skal ha høy bevissthet om tematikken i en travel hverdag. De mener lederen må være aktiv i å fremme det fokuset.

Både ansatte og ledere forteller om erfaringer som understreker betydningen av lokal forankring på tjenestenivå og ikke bare hos ledelsen og de prosjektdeltakende ansatte. De har fremholdt at det er viktig at prosjektdeltakelsen er hele tjenestens prosjekt og ikke bare de ansatte som er spesielt koblet til tiltakene eller prosjektgruppen. Forankring av prosjektdeltakelsen innad i familievernkontoret har vært krevende ved noen av prøveprosjektstedene. Prosjektdeltakelsen har krevd personalressurser fra allerede travle familievernkontorer, og ikke alle ansatte er enige i prioriteringen prosjektdeltakelsen har medført. Det er variasjon mellom stedene når det gjelder i hvilken grad ansatte som ikke er direkte involvert i Tiltak 26 har fått informasjon og påvirkningsmuligheter i utviklingen av prøveprosjektet.

Tid og avsatte ressurser

Det fulgte ikke ekstra ressurser med til de tjenestene som deltok. Deltakelse i Tiltak 26 har krevd prioritering av personalressurser, og lagt større vekt på tjenestens forebyggende virksomhet. Ledere ved familievernkontorene har påpekt i intervjuene at det har vært ressursmessig krevende for tjenesten å delta. De fleste familievernkontorene som har deltatt i Tiltak 26 har under 10 ansatte og kontorene opplever stor pågang og ventelister for samtaler. De er samstemte om at samarbeidet om prosjektet, uansett hvor systematisk det er i

utgangspunktet, er sårbart for sykdom og forpliktelsen til å prioritere ressurser for å møte krav som stilles til organisasjonen fra omgivelsene.

Ved ett prøveprosjektsted ble det fremhevet fra en ansatt i familievernet at personalressurser fra familievernkontoret var mye fraværende på grunn av samarbeidsprosjektet. Informanten mente tilbudet til klientene totalt sett ble dårligere fordi ressurser ble satt av til prosjektdeltakelse og medførte lengre ventetid for time for klientene og liten anledning for ansatte til å gjøre andre prioriteringer om bruk av tid og kapasitet.

Dette ble også gjentatte ganger i intervjuene løftet som en bekymring for videreføring av samarbeidet etter endt prosjektperiode. Bekymringen for manglende ressurser meldte seg også når det gjaldt muligheten for å utvikle og gi et likeverdig tilbud i fremtiden til alle kommunene som hørte til familievernkontorets nedslagsfelt. Bekymringen ble styrket av at det ble gjort gode erfaringer i prøveprosjektet. Informantene gav uttrykk for at det var vanskelig å slutte med en praksis som var meningsfull og som de mente åpenbart var viktig for de parene som trengte det.

Ved helsestasjonene synes personalressurssituasjonen ved prøveprosjektdeltakelsen å ha vært opplevd på en litt annen måte. Helsestasjonsansatte har vært mer opptatt av at arbeidet med å gjennomføre strukturer og tiltak i prøveprosjektet har medført at det er enda et tema som skal ha plass og økt oppmerksomhet i en fra før av innholdsmettede konsultasjoner. Ansatte ved helsestasjonene gir uttrykk for at prosjektet, gjennom at familieterapeuten har vært fysisk til stede på helsestasjonen og også deltatt mer i grupper og kurs, har medført økt personalressurs og styrket tilbud. De omtalte dette som «stas» og «en gave».

Opplevelse av styrket samarbeid

Tiltak 26 ble initiert fra nasjonalt hold før å øke det systematiske samarbeidet mellom helsestasjon og familievern tjenesten, og intervjuene med representanter for tjenestene på lokalt nivå uttrykker at det var et opplagt behov for systematisk samarbeid mellom familievernet og helsestasjonen før prøveprosjektet.

Deltakelse i prøveprosjektet under Tiltak 26 ledet til økt systematisk samarbeid, og begge partene uttrykker at dette i stor grad har møtt deres opplevde behov for samarbeid.

Familievernet opplevde at de fikk henvist foreldre og kom i kontakt med par og familier mye tidligere enn før, noe som førte til at familiens problemer enklere kunne forebygges, reduseres

eller løses. De mener også at de gjennom det systematiske samarbeidet har nådd frem til grupper de ellers ikke ville nådd.

Helsestasjonen beskriver at de er blitt mer bevisste på å bruke familievernet som en ressurs for familiene de møter gjennom oppfølgingen av barna. De synes det var lettere å komme inn på problemstillingene og anbefale en samtale med familievernet til familiene. At familievernet var tilstede på helsestasjonen førte til at helsesøstrene søkte veiledning og også kunne gå inn i familieproblemer selv på en annen måte.

Kompetanseutvikling i begge tjenestene

Deltakerne beskriver at de har økt sin kompetanse gjennom prosjektdeltakelsen. Det gjelder begge tjenesteområder og i særlig grad for helsestasjonsansatte.

Ansatte i helsestasjonen uttrykker at prosjektdeltakelsen har ført til at de har flyttet fokus fra spesifikke behov hos mødre og over til relasjonen mellom foreldrene og parforholdets fungering. De er blitt mer oppmerksomme på «familie-kompleksitet», parforhold og papparollen. De føler at de nå kan gi bedre tilbud til familier enn før. De forteller om større bevissthet på hvor viktig det er for barna at parforholdet er godt og at de nå tør å ta opp tematikken med større trygghet enn før prosjektet. De synes de har fått et utvidet språk, et vokabular som gjør det lettere for dem å tematisere parforhold. De sier de tenker mer på å forebygge problemer i parforhold og på å styrke den psykiske helsen. Flere av de ansatte på helsestasjonene gir uttrykk for at de mener det er behov for mer tematisering av betydning av parforhold i både helsesøster og jordmor-utdanningene.

I familievernet beskrives at prosjektet har styrket oppmerksomheten om utfordringer par og familier opplever i spe- og småbarnsfasen. Ansatte har fått mer blikk på kompetansen helsestasjonen representerer og det brede feltet de skal dekke i oppfølgingen av barn og foreldre. De gir uttrykk for at helsesøstrenes kompetanse på barn og barns situasjon har gjort dem selv mer skjerpet på dette området selv. De nevner kompetanse om både fysisk, motorisk, mental og sosial utvikling. Gjennom samarbeidet med ansatte på helsestasjonen har familieterapeutene også fått økt oppmerksomhet på betydningen av samspill og interaksjon mellom barn og foreldre.

2.5 Oppsummerende drøfting av prosjekterfaringer

Prosjektdeltakerne er godt fornøyd med prosjektet i Tiltak 26 og opplever å ha fått styrket sitt systematiske samarbeid betydelig gjennom prosjektperioden. De fremhever at arbeidet har synliggjort hver av tjenestenes fortrinn, gitt økt oppmerksomhet til foreldre til spe- og småbarn som tjenestenes felles ansvarsområde og samtidig gitt økt kompetanse i begge tjenester. I dette avsnittet drøftes erfaringer med prosjektet som helhet. Erfaringene med tiltakene hver for seg, presenteres i kapittel 3.

Forebyggende virksomhet er en del av det familievernkontorene *bør* drive med (Familievernkontorloven § 1). Tjenesten har de siste årene blitt tilført midler for å styrke mulighetene for å utøve blant annet denne delen av oppdraget sitt (Meld. St. 24 (2015-2016)). Tiltak 26 har vist at satsing på forebygging krever aktiv prioritering av personalressurser.

Bufdir ønsket at hvert prøveprosjektsted skulle utvikle tiltak lokalt med utgangspunkt i lokale forhold. Betydningen av lokal forankring og mulighet til å ta utgangspunkt i lokale forhold i den aktuelle i kommunen skulle relevansen og eierskapsforholdet til prosjektet og samtidig øke sjansen for en god gjennomføring. Disse forholdene har også tidligere vist seg viktig for suksessen med samarbeid (Glavin og Erdal, 2018).

Det er utviklet variasjoner av tiltakene lokalt, men imidlertid relativt stort sammenfall mellom samarbeidsområdene og typer av tiltak som er utviklet i de fem regionene. Dette kan skyldes flere forhold. Det kan være uttrykk for sterk modell-læring i prosjektet. På den første samlingen i prosjektet kunne en av de deltakende prosjektstedene presentere et tiltak, parsamtaler med familieterapeut på helsestasjonen, som virket meningsfullt og gjennomførbart og konkret. En annen forklaring kan handle om at variasjonen i geografiske og demografiske forhold ikke fikk så stor betydning siden familievernkontoret i fire av de fem prøveprosjektene var plassert i den kommunen som var samarbeidspartner i prøveprosjektet. Fire av fem steder endte da opp med et samarbeid innenfor en kommune, med gåavstand mellom familievern og helsestasjon. Regionale særtrekk fikk da ikke så stort gjennomslag som premiss for tiltaksutvikling. I en videreføring av prosjektet, bør en sørge for at kommunale og regionale særtrekk, herunder størrelse og geografisk avstand, inkluderes som del av premissene for videreutvikling av systematisk samarbeid.

Det virker å være stort potensial som kan tas ut for forebyggende arbeid i begge tjenester gjennom systematisk samarbeid. For familieverntjenesten representerer samarbeidet en vei til å iverksette forebyggende tiltak som kan nå ut til store grupper tjenesten ellers ikke ville ha

tilgang til. Det vil kreve bevisst prioritering av ansattressurser til forebyggende virksomhet. En videreføring og videreutvikling av erfaringer fra prøveprosjektet bør omfatte ressursintensive måter å styrke det systematiske samarbeidet på. Det gjelder ikke minst relatert til at en rekke kommuner har en geografisk beliggenhet langt fra det familievernkontoret de sogner til.

3. Tiltakene i prøveprosjektet

3.1 Innledning

Ved alle prøveprosjektstedene har deltakerne identifisert og satt i verk tiltak innenfor de samme samarbeidsområdene, se pkt. 2.3 ovenfor. I dette kapittelet presenteres de forskjellige tiltakstypene som ble prøvd ut i Tiltak 26.

I kapittelet presenteres følgende tiltak fra prøveprosjektene:

- parsamtaler på helsestasjonen
- kurs- og gruppevirksomhet
- fagdager for ansatte.

Til sist presenteres noe som ikke ble sett som et tiltak, men som hadde betydning for utviklingen av samarbeid og for de andre tiltakenes suksess, nemlig uformelt samvær mellom ansatte. Kapittelet avsluttes med en oppsummerende drøfting av erfaringer med tiltakene.

3.2 Parsamtaler på helsestasjonen

Ved prosjektstart ble det klart at ansatte ved helsestasjonene opplevde at foreldre i spe- og småbarnsfasen strevde med parforholdet og at de ikke hadde kompetanse og ressurser til å bistå dem i den utfordrende situasjonen. Ved fire av prøveprosjektstedene har det vært prøvd ut et systematisk samarbeid der ansatte fra familievernkontoret har vært tilstede på helsestasjonen for å tilby parsamtaler med foreldre som ønsket det. Dette tiltaket var prøvd ut ved ett av prøveprosjektstedene i forkant av Tiltak 26 og vurdert både som et middel for tjenestene til å bli bedre kjent med hverandres kompetanseområder, og som en mulighet for familievernkontoret å komme i kontakt med brukergruppen.

Struktur og praktisk organisering av parsamtaler på helsestasjonen

For utprøvingen av parsamtaler på helsestasjonene var det typiske at utpekte person(er) fra familievernet tilbrakte en eller en halv dag ukentlig eller hver 14. dag på helsestasjonen for å ha samtaler med foreldre. Omfanget har variert fordi størrelsen på kommunene og helsestasjonenes virksomhet varierer. Helsestasjonen ordnet med lokaler for samtaler. I resepsjonen på helsestasjonen lå det en bok der helsesøstre og jordmødre kunne sette opp

timeavtaler for par som ønsket å benytte seg av muligheten for samtale med familieterapeut. Mer enn 150 samtaler har vært gjennomført i prøveprosjektet. Enkelte steder hadde de også en ordning der foreldre kunne sette seg opp på samtale selv, og noen steder kunne helsesøstre booke seg selv inn hos familieterapeutene for en samtale/drøfting. På én helsestasjon innførte de en «åpen time» etter lunch for at helsesøstrene kunne snakke med familieterapeutene mens de var der. Ved disse helsestasjonene utgjorde familieterapeuten en formell ressurs helsesøstrene kunne benytte seg av.

Familieterapeutene kom til helsestasjonen og var der hele eller halve dagen som var avtalt. For par som kom til samtale, ble det fylt ut et registreringsskjema som familieterapeuten senere kunne bruke for registrering i dokumentasjonssystemet FADO, slik at samtalene kunne bli registrert som utført for å dokumentere ressursbruk i familievernkontoret. Det ble laget en egen rubrikk for denne type samtaler i dokumentasjonssystemet.

Det ble utviklet et enkelt kartleggingsskjema for samtalene (se vedlegg). Skjemaet kom i bruk på ulike tidspunkt og har vært brukt i ulikt omfang og på forskjellige premisser på de forskjellige prøveprosjektstedene. Informasjon som er samlet inn gjennom disse er derfor i liten grad egnet som datakilde i evalueringen.

Det foregikk i liten grad informasjonsutveksling mellom familieterapeutene og helsesøstrene vedrørende de parene som hadde vært til samtale. Det var ikke vanlig med undertegning av samtykke for informasjonsdeling, og det var heller ikke lagt opp til at parrelasjonen skulle være del av helsesøsters videre arbeid relatert til barnet og familien forøvrig. Det hendte at familieterapeutene og helsesøster/jordmor snakket med foreldre sammen.

Omfanget av tilstedeværelsen til terapeutene ble justert ut fra det som viste seg å være behovet for avtaler. I perioder der det var stor pågang og noen par ønsket fler enn en samtale med familieterapeuten, ble disse samtalene ved behov avholdt på familievernkontoret utenom den tiden terapeuten hadde «kontortid» på helsestasjonen. Parene som takket ja til tilbud om samtaler, hadde vanligvis fra en til tre samtaler med familieterapeuten.

Pågangen av par til samtaler varierte over tid og med i hvilken grad helsesøstrene tematiserte parrelasjonen og informerte om tilbudet om samtale i sine møter med foreldrene. Helsesøstre og jordmødre som var på helsestasjonen samtidig som familieterapeuten var der, rekrutterte flere par enn de som var der på andre dager.

Helsestasjonsansatte ved prøveprosjektstedene har hatt forskjellige rutiner for informasjon om tilbudet i konsultasjoner med foreldre. Noen har tematisert parforholdet jevnlig ved alle konsultasjoner eller andre møter på helsestasjonen. Andre har tatt dette opp på bestemte konsultasjoner, ved hjemmebesøk før og etter fødsel og f.eks. 4 uker og 8 ukers konsultasjon.

Tematikk i parsamtalene

Tematikken som ble tatt opp i parsamtalene beskrives relativt samsvarende av parene selv, helsesøstrene og familieterapeutene. Det var utfordringer som var utløst av eller forsterket av at de hadde blitt foreldre, evt. blitt foreldre igjen. Utfordringer i parkommunikasjonen beskrives som kjernen i det foreldrene strevet med. Parene beskrev at det var vanskelig å snakke om det som var vanskelig.

Kommunikasjonsutfordringene ble ofte koblet til at høye forventninger til perioden med spe- og småbarn ikke ble innfridd. Det kunne for eksempel være parets felles forventninger om familielykke og idyll i de første årene. Helsesøstrene og familieterapeutenes forståelse av situasjonen var at for eksempel nattevåk, bekymringer knyttet til barnets utvikling eller atferd, og foreldrenes ofte veldig forskjellige hverdag med mor hjemme og far ute i arbeid og dermed ganske ulike orienteringspunkter i spe- og småbarnsfasen, gjorde at disse forventningene ikke slo til. En annen type utfordringer som er blitt tydelige gjennom prøveprosjektet, var knyttet til praktiske konsekvenser av å få barn. Særlig helsesøstrene har beskrevet hvordan de ser at mange par er uforberedt på hvordan det å få barn legger føringer på livsførsel og prioriteringer. Når livet med barnet ikke ble slik de trodde, var veien ikke så lang til bebreidelse av seg selv og partneren. En tredje type utfordring som har kommet opp gjennom samtalene, var foreldrenes behov for å bli sett av den andre, og for å få anerkjennelse fra den andre for sin innsats for familien, og for sine behov. Dette gjelder begge foreldre, men i særlig grad mødre som er hjemme med barna den første tiden.

Økt emosjonell støtte og informasjon til foreldre både i svangerskapet og i barselperioden er anbefalt i flere studier som forebyggende tiltak (Deave et al. 2008, Wilkins, 2006), og er et viktig tiltak i primærhelsetjenesten. Sosiologen Antonovskys (1987) konsept en «opplevelse av sammenheng» kan belyse erfaringer knyttet til å bli foreldre. I forhold til Antonovskys teori om salutogenese, er et menneskes liv beskrevet som et kontinuum mot helse eller dårlig helse, og mestring tilsvarer helse. Å få barn kan oppleves som en vanskelig hendelse som endrer ens liv i stor skala og dermed truer denne følelsen av sammenheng. En sterk følelse av

sammenheng kan beskrives som en trygg identitet og opplevelse av kontroll og optimisme. Han beskriver tre faktorer som er vanlig blant mennesker som opplever en høy grad av mestring og livskvalitet, til tross for traumatiske og vanskelige situasjoner i livet; meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet. Meningsfullhet handler om i hvilken grad folk har tillit til at hendelser i verden er forutsigbar, strukturert og forståelig. Personer med en sterk følelse av sammenheng nyter og ser hensikten med utfordringer, ikke bare med kravene, og prøver sitt beste for å overvinne utfordringene. Forståelighet handler om at de ressursene som trengs for å møte disse kravene er tilgjengelige. Personer med en sterk følelse av sammenheng tror at ting vil gå bra, og har positive forventninger. Håndterbarhet handler om at disse kravene er verdt investering og engasjement. Personer med en sterk følelse av sammenheng har tilstrekkelige ressurser til å møte og takle livets krav. Meningsfullhet er viktig for helse og trivsel, mens meningsløshet er assosiert med dårlig helse. Å bli foreldre er en betydningsfull hendelse i livet. For å håndtere situasjonen når utfordringer med barnet eller forholdet oppstår, er det viktig for familien å ha ressurser og positive forventninger både for å forstå og håndtere situasjonen. Førstegangsførelde er mer usikre og trenger mer støtte for å bli trygge på at de er klare til å ta omsorg for barnet (Wilsson & Adolfsson, 2011, Hjälmhult & Lomborg, 2012).

Ressursbruk ved parsamtaler på helsestasjonen

Tiltaket med parsamtaler på helsestasjon har, som andre parsamtaler i regi av familievernnet, vært gratis for parene som har vært til samtale. Ressursene som har gått med til tiltaket, har primært vært familieterapeutens arbeidstid og helsestasjonens tilrettelegging med informasjonsarbeid, rekruttering, avtalebok og kontorlokaler.

Ansattes erfaringer med parsamtaler på helsestasjon

Det er det mest meningsfulle jeg har vært med på i hele min tid som familieterapeut

Utsagnet setter ord på noe som virker som en gjengs og sterk opplevelse for dem som har vært involvert fra tjenestene i prøveprosjektet. Alle ansatte som har vært involvert i prosjektet, være seg ansatte og ledere på helsestasjonene eller i familievernnet, har i intervjuene vært eksplisitt tydelige på at parsamtaler på helsestasjonen har vært et viktig og godt tiltak for de foreldrene som har fått det. Det er særlig det å nå frem med et tilbud til foreldre som strever,

men som trolig ikke ville oppsøke familievernet for å få hjelp i relasjonen, som informantene fra begge tjenestene understreker. Familieterapeutene opplever at familievernkontoret gjennom dette tilbudet når frem med forebyggende arbeid til en gruppe som de ellers ikke ville nådd.

Samtalene med par som har vært rekruttert gjennom helsestasjonsansatte har gitt familieterapeutene fra familievernkontoret kunnskap om foreldreskap i spe- og småbarnsfasen som de ellers i liten grad hadde tilgang til. Det var samtaler der de kom inn på et tidlig tidspunkt i noe som ellers kunne utvikle seg til alvorlig problematikk. Mange av samtalene de var vant til å ha på familievernkontoret var i stor grad orientert om problemer og meklingssituasjoner i forbindelse med samlivsbrudd eller store konflikter. Samtalene de hadde gjennom prøveprosjektet var mindre høykonflikts- og mer hverdagslivsorienterte og gav grunnlag for økt forståelse av hva som kjennetegnet livssituasjonen for spe- og småbarnsforeldrene i kommunen. Familieterapeutene gav for eksempel uttrykk for at samarbeidet med helsestasjonsansatte og samvær og samtaler med foreldrene på helsestasjonen hadde gitt dem et bedre innblikk i hvordan bruken av sosiale medier innvirket på dagliglivet til foreldrene.

Ansatte fra familievernet fremholdt at det forebyggende arbeidet som ble gjort ved at de hadde samtaler på helsestasjonen, trolig var god ressursbruk på sikt.

Når det gjelder organiseringen og den praktiske gjennomføringen, er det stor enighet blant de involverte fra tjenestene om at det har vært et godt grep å tilby samtalene på helsestasjonen. I motsetning til familievernkontorene er helsestasjonen kjent av alle, og det er ikke forbundet med stigmatisering eller skam å gå dit for møter og samtaler. Helsesøstrenes posisjon der de treffer nær alle spe- og småbarnsforeldre, og mange tilfeller kan følge par over lang tid og dermed få oversikt over hvem som kan ha fordel av et samtaletilbud, sees som avgjørende for muligheten til å nå målgruppen.

Imidlertid kan det være en utfordring å oppdage utfordringer knyttet til parforholdet som utvikler seg mellom konsultasjonene. Som Neumann og Snertingdal (2013:29) påpeker treffer helsesøster barnet og foresette relativt sjelden, og til korte konsultasjoner. Det betyr at det kan være vanskelig å vite om det hun blir bekymret for under en konsultasjon er noe som bør utløse handling.

Helsesøstrene har gitt uttrykk for at det har vært opplevd som en lettelse for dem å kunne henvise til familieterapeut når de har kommet borti problematikk de selv ikke har følt seg kompetente eller hatt tid til å gå inn i.

Alle informantene er enige om at det er helsestasjonen som utgjør nøkkelen til rekruttering og at helsestasjonens tilstedeværelse og mandat gir den en unik posisjon for å fange opp par som trenger et samtaletilbud. De gir uttrykk for at både jordmødrene som følger opp gjennom svangerskapet og helsesøstrene som overtok ansvaret for oppfølging etter fødselen, er viktige for rekrutteringen. Jordmødrene og helsesøstrene arbeider selvstendig overfor de familiene de følger opp. Ledelsen ved helsestasjonene påpeker at for at deres ansatte skulle informere og motivere for å ta imot tilbud om samtaler med familieterapeut, måtte de både være kjent med tilbudet og komfortable med, eller i hvert fall villige til, å ta opp parrelasjonen i samtaler. For å sikre dette, måtte disse to momentene tematiseres kontinuerlig i helsestasjonen. Nedenfor, i punkt 3.5, beskrives en av måtene dette ble løst på, nemlig gjennom felles fagdager.

Familieterapeutene forteller at de opplevde at rekrutteringen til samtaler varierte og var personavhengig. De merket det for eksempel på pågangen til samtaler hvis en «rekrutteringsaktiv» helsesøster hadde vært sykemeldt eller hatt ferie. Hvis de ikke hadde interesserte foreldre i boka, kunne det skje at terapeutene ikke var til stede den dagen, men heller prioriterte andre oppgaver. Helsestasjonen ble et aktuelt møtepunkt for foreldre og familieterapeuter, men dette var i stor grad avhengig av helsestasjonsansattes mulighet til å tematisere og informere om muligheten.

Gjennom prøveprosjektperioden ble det tydelig at noen helsesøstre og jordmødre opplevde at det var liten tid i den ordinære virksomheten deres til å ta opp og motivere par til å ta imot tilbudet om parsamtaler. De synes de var pålagt et omfattende batteri med tema de skulle ta opp møtene i med foreldrene, både på faste kontroller med barna eller ved andre anledninger. De beskrev at kontrollene var lagt opp med konkret fokus på barnet og barnets helse og ikke så orientert om par og familieperspektiv. Noen av helsesøstrene gav uttrykk for at det var greit å skulle inkludere et par/familieperspektiv i konsultasjonene, men at det var lett å glemme. Andre opplevde at det kunne være krevende å løfte det inn i samtalene. Disse informantene uttrykte at de var opptatt av parrelasjonen, men at de før prøveprosjektet ikke hadde visst nok om hvor og hvordan de skulle henvise parene som strevde og derfor ikke forfulgte denne tematikken. Begge disse gruppene helsesøstre, og også jordmødre som deltok i fokusgruppeintervjuene, uttrykte at det måtte vilje og bevisstgjøring til hele tiden for å ha det «langt nok fremme i panna» i møte med parene. Jo mer informasjon og kunnskap de fikk om

parrelasjoner og familievernets tilbud, jo greiere syntes de de var å ta opp parforholdet i konsultasjoner. De opplevde at samarbeidet med familievernkontoret gav dem tilgang til et språk de ikke hadde tidligere. Det å ha familieterapeutene til stede, og det å kjenne dem godt, gjorde det enklere og mindre skummelt å ta opp temaet med foreldrene. Dette poenget omtales videre i pkt. 3.4 og 3.5.

Ansatte på helsestasjonen opplevde også at noen av foreldrene ikke var «mottakelige» for informasjon om parforhold og samliv i den situasjonen de var i. I følge informantene ser disse foreldrene først og fremst barnets behov, og legger sin egne/parets litt på vent.

Familieterapeutene gir uttrykk for at det har vært et godt grep å tilby samtaler på helsestasjonen, men også for noe frustrasjon over at det kan være vanskelig å utnytte tiden de dagene de er ved helsestasjonen fullt ut. Hvis det er noen som ikke dukker opp til samtale, eller hvis timene ikke er fylt opp, opplever de det som sløsing med tiden de kunne brukt mer fornuftig hvis de hadde vært på eget kontor.

En hypotese til grunn for Tiltak 26 er at når familievernet og helsestasjonene utveksler kompetanse, vil dette gi viktig og nyttig tidlig forebygging (beskrevet i konkurransegrunnlaget fra Bufdir). Både helsesøstre og familieterapeuter vurderer tiltaket som en klar faglig styrking av tilbudet som gis foreldre med spe- og småbarn. I tillegg til selve samtalene som tilbys, er den faglige orienteringen utvidet og helsesøstrene opplever en større trygghet til å rette oppmerksomheten mot par- og hjemmeforholdene i familiene til barna de følger opp.

Foreldreerfaringer med parsamtaler på helsestasjonen

De foreldrene vi har intervjuet i forbindelse med evalueringen av Tiltak 26, gir i all hovedsak uttrykk for at de har satt stor pris på tilbudet med samtaler med familieterapeut på helsestasjonen. Samtalene familieterapeutene har hatt på helsestasjonen har vært holdt med par, men også med enkeltforeldre der tema har vært knyttet til særlige utfordringer mellom partene. I dette avsnittet presenterer vi momenter fra intervjuene der de beskriver hvordan de fikk informasjon om tilbudet, situasjonen de var i da de fikk tilbudet, hva som gjorde at de tok imot tilbudet og hva de fikk ut av samtaler med familieterapeuten.

Hvordan fikk de informasjonen om tilbudet

Foreldrene vi har intervjuet har opplevd forskjellige måter å få informasjon om samtaletilbudet på og flere gir uttrykk for at de kunne fått bedre og tidligere informasjon om tilbudet fra helsestasjonen. Til tross for at det i prøveprosjektet har vært arbeidet målrettet med å informere om tilbudet, er det flere som har funnet informasjonen via andre kanaler enn direkte fra jordmor eller helsesøster. Eksempler på dette er en som fikk høre om tilbudet av en venninne, en annen så et oppslag over stellebordet på helsestasjonen, og en tredje som fikk høre om muligheten av familierapeuten hun gikk hos i forbindelse med samlivsbrudd.

Opplevelse av strevsom hverdag

Den situasjonen foreldrene var i da de tok imot tilbudet om samtale, varierte når det gjaldt om det var i forbindelse med å ha fått det første barnet eller ikke, om barnet var spebarn eller eldre, om det var depresjon eller annen sykdom hos foreldrene og om barnets fungering. For mange var kommunikasjonsutfordringer og strevsom hverdag med småbarn del av situasjonen de beskrev.

Nedenfor er to utsagn som er illustrerende for hvordan foreldreinformantene satt ord på situasjonen.

Det er vanskelig å snakke til hverandre, særlig hvis man er sint eller sliten.

Og en annen fortalte:

Vår manglende energi gikk ut over forholdet. Det var vanskelig å balansere foreldrerollen. Vi fikk to barn tett i alder. Det var en ny opplevelse av situasjonen. Jeg hadde håp om at det fantes en jukselapp for å komme gjennom hverdagen. Var på leit etter et verktøy som kunne brukes, som kunne hjelpe situasjonen. Jeg fant ut at det ikke fantes en jukselapp, men vi fikk hjelp til å finne måter å kommunisere med hverandre på.

Foreldrenes, nesten utelukkende representert ved mødres, beskrivelser av situasjonen i parforholdet før samtale, likner det helsesøstre, jordmødre og familierapeuter beskriver som vanlige problemer i småbarnsfamiliene. Dette er beskrevet i pkt. 3.2. I det videre er dette avsnittet orientert om foreldrenes opplevelse av tilbudet de fikk, og i mindre grad av hva de opplevde som utfordringer i parforholdet.

Å bli foreldre er en stor overgang som krever betydelige mestring og tilpasning til en ny rolle i livet, og for mange foreldre, kan overgangen være ganske overveldende. Bare det å bli vant

til babyen og endringer i relasjoner til partneren kan være vanskelige tilpasninger for nye fedre. Støtte og informasjon til nye foreldre er anbefalt i flere studier (Deave et al., 2008, Wilkins, 2006). I et helsefremmende og forebyggende program er det viktig å styrke ressursene i de forebyggende tjenestene for å kunne gi optimal støtte til nye familier (Leahy-Warren et al., 2012).

Lav terskel for tilbudet

Det systematiske samarbeidet om samtaletilbud har vært organisert som et lavterskeltilbud. Dette har vært vellykket, det er gjennomgående i alle samtalene vi hadde med foreldre, at lavterskelprofilen har vært avgjørende for at foreldre har tatt imot tilbudet. Særlig gjelder dette for fedrene. Fedre kan oppleve overgangen til farsrollen som utfordrende, og det kan være nødvendig at de har mulighet til å snakke med noen om sine følelser. Overgangen til foreldrerollen er en periode med økt sårbarhet også for mannen. Fedre har i mindre grad enn mødre tilgang på noen å snakke med om disse tingene og det er derfor viktig for hjelpeapparatet å være oppmerksom på fedres behov (Svendsen 2010).

Det var flere elementer som bidro til at foreldrene opplevde samtaletilbudet som et tilbud med lav terskel for å ta imot. En av faktorene var måten helsesøstrene snakket om tilbudet på.

Helsesøster var fin i måten hun kom fram med det.

Helsesøsters rolle i å være formidler av kontakten bidro også til å senke terskelen til å si ja til samtale med en terapeut fra familievernkontoret. En sa det slik:

Det er viktig å vite at det er et samarbeid med familievernet og så at det er helsesøster som tar kontakten med familievernet og ordner opp og at de har et ansikt på den personen som de har samarbeidet med, at de forteller oss om vedkommende så vi er innstilt på hvem det er. Hvis de sier «Hun er så hyggelig» osv er det lettere å ta mot til seg.

Foreldreinformantene forteller om ulike erfaringer med rekruttering til samtaler. Et fellestrekk synes å være at var viktig at det var helsesøster eller jordmor, altså en de kjente, som anbefalte og på en måte gikk god for familieterapeuten. Det fikk form av en tillitsbasert anbefaling.

En annen og også svært viktig faktor som bidro til at foreldrene tok imot tilbudet om samtaler med familieterapeut, var at tilbudet om samtaler ble gitt på helsestasjonen. Det ble opplevd mindre problematisk å skulle møte opp der enn på familievernkontoret.

Flere par hadde første samtale med familieterapeuten på helsestasjonen og så de neste på familievernkontoret. Det er gjennomgående at parene fant det mindre belastende å gå på familievernkontoret etter at de hadde hatt en eller to samtaler med terapeuten på helsestasjon først. En sa det slik:

Det følte som et uforpliktende tilbud. 1. og 2. møtet var på helsestasjonen. De to siste på kontoret deres (familievernkontoret). De (familievernet) var integrert i helsestasjonens arbeid. Selv om de var der bare en dag, var de del av det opplegget. Vi ble ikke bare kasta rundt ett annet sted.

En annen slik:

Vi var først på helsestasjonen, fortsatte med samtaler på familievernkontoret. Okei for meg å gå på familievernkontoret, men traff «kjente» på kontoret. Usikker på hvordan de opplevde det. Var selv åpen om vanskelig situasjon i familien, så for egen del var det ok. Det er mindre stigmatiserende å gå på helsestasjonen. Det er jo ulike grunner til å gå på familievernkontoret, det kan være både brudd eller forebyggende tiltak.

Flere av de vi intervjuet var opptatt av at de kunne bli sett av eller selv se kjentfolk når de var til samtaler på familievernkontoret og at det kunne være ubehagelig. Noen sa det var ubehagelig for dem selv eller partneren, mens andre var opptatt av at det kanskje var ubehagelig for de kjentfolkene de møtte der.

Valg av helsestasjonen som sted for samtalene, og kanskje spesielt den første samtalen, fremstår som svært strategisk for å få par til å takke ja til tilbudet. Det kan handle om at særlig mindre steder er «gjennomsiktige», og man er engstelige for å fremstå som et par i samlivskrise eller lignende. Tilstedeværelsen på helsestasjonen senket både terskelen for å få kontakt, og for hva som ble ansett som et stort nok problem.

Skulle vært enda lavere terskel for å få slike samtaler. Det skulle vært helt tydelig at de har det tilbudet der borte (helsestasjonen) og det trengs ikke å nevnes at det er familievern og da kunne vi vurdert det før. Det skulle vært en samtale på helsestasjonen der de kom inn og snakket med paret.

Tilgjengeligheten til å få parsamtaler på helsestasjonen var sett som viktig og flere av informantene ytret seg kritisk til at tilbudet ikke var tilgjengelig i feriene.

Burde vært tilbud i feriene, sommeren og julen. Da er det mer ro og da kan det også være vanskelig.

Denne informantene ønsket at det er familieterapeut tilgjengelig på helsestasjonen også i ferier fordi det er tidspunkter da det er enklere å få organisert rent praktisk å gå til samtaler og at det kan være tider da det er ekstra belastninger på parforholdet.

Utsagnene i dette avsnittet understreker poenget om at det fortsatt kan oppleves skambelagt å oppsøke familievernkontoret. Samtidig viser de at parene ble mindre opptatt av hva det kunne innebære å bli assosiert med å gå til samtaler på familievernkontoret etter at de hadde fått erfaring med samtaler med familieterapeuten. Slik kan familievernets tilstedeværelse på helsestasjonen på sikt trolig kunne bidra til å senke terskelen for å oppsøke familievernkontoret.

Hva fikk parene ut av tilbudet?

Foreldreinformantene vi intervjuet er jevnt over tilfreds med det tilbudet de fikk om samtaler med familieterapeut. Det er særlig at de opplevde å få hjelp til å kommunisere med partneren og at det førte til en endring i parforholdet, som fremstår som en generell erfaring. Et eksempel på dette er en informant som svarte slik på spørsmål om samtalen med familieterapeuten var nyttig og hvorfor:

Ja, jeg synes det. Jeg synes at det for oss, er det vanskelig å snakke til hverandre særlig hvis man er sint eller sliten og da fikk vi sagt ting til en tredje person mens den andre hørte på. Og når vi har kommet i en vanskelig situasjon etterpå så har vi kommet på at vi har snakket om det og vet hva den andre mener egentlig. Men nå trenger vi en samtale igjen for nå har vi glemte det litt. Jeg var sliten og syntes det var så stor skjevfordeling og jeg synes at han bidrar med for lite og så glemmer vi å sette pris på den den andre gjør. Det er vanlig, men synd. Vi har flere par vennepar som har valgt å skille seg, men vi vil ikke selv om det er hardt.

For å beskrive hva som var virkningsfullt, sier hun dette:

Terapeuten var veldig grei og stilte seg på siden. Det er kanskje derfor menn er redde for å være med, fordi de er redd for at terapeuten skal ta dama sin side. Men hun stilte seg på siden og det var rom for å høre hva vi begge mente og mye spørsmål til mannen min og. Familieterapeuten var veldig behjelpelig. Hvis hun hadde sett det var noe jeg skulle si, så gav hun mannen min anledning til å svare på det. Vanligvis er det bare jeg som snakker i vei. Hun bekreftet og etterspurte hos mannen min om han kjente seg igjen. Hun var ikke på noens side. Godt. Etterpå trodde han også at det var lurt å gå der. Det er kanskje et lite halvt år siden og vi har levd litt på den samtalen, men det er kanskje greit å få en til nå.

Utsagnene fra denne informant er representativ for flere av de andre vi har intervjuet. De var opptatt av at det var betydningsfullt å oppleve at terapeuten ikke tok parti med en bestemt av dem.

Et annet poeng som nevnes i sitatet over, er betydningen av å kunne komme tilbake til familievernkontoret for en ny samtale etter en tid. Flere informanter var opptatt av at denne muligheten var viktig.

En informant sa det slik.

Vi ville fortsette, og så kom familieterapeuten med forslag, og så spurte vi om det kunne gjentas over tid. Ellers hadde vi gått fort tilbake til gammelt mønster. Det føltes ikke som en utfordring å få flere møter.

Det kan synes som om de fleste parene opplevde å få det de hadde behov for der og da og i tillegg en forståelse av at de kunne ta kontakt for en ny samtale ved behov. Samtalene synes også ha gitt en bevissthet om forebygging og at parforholdet må vedlikeholdes over tid.

Fikk ikke sånn veldig mye ut av det, men jeg tenker at vi skal dit igjen. Vi har ikke så store utfordringer, så det handler om å være føre var.

Flere av informantene har gitt uttrykk for at de har sett på samtalene også som et forbyggende tiltak i forholdet sitt. At det har gitt dem mulighet til å ta grep før problemene i forholdet ble for store.

Lærdommer fra utprøving av parsamtaler ved helsestasjon

Parsamtaler med familieterapeut vurderes av både foreldre, familieterapeuter og helsestasjonsansatte som et viktig og meningsfullt tilbud. Denne formen for systematisk samarbeid har vist seg svært virkningsfullt i de kommunene den er prøvd ut. Det er et foreldrestøttende selektivt innrettet tiltak tjenestene har samarbeidet om å utvikle og drive.

Det har fungert som et lavterskeltilbud som har gjort at spe- og småbarnsforeldre som ellers ikke ville fått tilgang til det, har fått støtte og bistand i parforholdet i sårbare faser.

Tilstedeværelsen av familieterapeut på helsestasjonen har utgjort en styrking av helsestasjonens forebyggende tilbud. For familievernkontoret har det gitt anledning til å arbeide forebyggende overfor par de ellers i liten grad ville nådd ut til.

Å oppsøke familievernkontoret for samtaler synes for noen foreldre å være forbundet med skam og ubehag, og det har vært viktig at den første samtalen har vært holdt på helsestasjonen. Etter å ha møtt familieterapeuten på helsestasjonen synes det å oppsøke familievernkontoret ha blitt enklere for parene. Tiltaket har bidratt til å spre informasjon om familievernets tilbud og til å senke terskelen for å ta kontakt med familievernkontoret.

Det kan trekkes ut flere konkrete erfaringer som er viktige lærdommer fra tiltaket.

- Foreldre i spe- og småbarnsfasen opplever utfordringer i parrelasjonen i denne fasen og kan ha godt utbytte av tilbud om samtaler med familieterapeut for å forebygge konflikter og brudd
- Helsestasjonen er et egnet sted for tilbud om parsamtaler til spe- og småbarnforeldre. Stedet samtalen ble holdt hadde særlig betydning for at foreldrene skulle komme til den første samtalen med familieterapeut
- Helsestasjonen gir familievernnet en arena for å nå ut til nye grupper med forebyggende arbeid
- Helsestasjonsansatte opplever at muligheten til å gi samtaler med familieterapeut er en viktig styrking av helsestasjonens tilbud
- Foreldre opplever at selv en til to samtaler har hatt stor verdi for parforholdet og at terskelen for å ta kontakt med familievernkontoret ved en senere anledning er senket betydelig.
- Helsesøster/jordmor har en nøkkelposisjon for rekruttering og henvisning av foreldre til samtale.
- Det er avgjørende med et kontinuerlig informasjonsarbeid om tilbudet, både gjennom at helsestasjonsansatte gir skriftlig og muntlig informasjon ved konsultasjoner med foreldre på helsestasjonen og annen informasjonsvirksomhet.
- Tiltaket krever at familievernnet prioriterer personalressurser til forebyggende arbeid
- Helsesøstre og jordmødre bruker familieterapeuten til veiledning og drøfting av saker når terapeuten er på helsestasjonen

En utfordring ved denne modellen for samarbeid, er hvordan tilbudet skal kunne gis i flere kommuner. Familievernkontorene skal dekke kommuner i et stort omland og rent praktisk er tilstedeværelse regelmessig på alle helsestasjonene lite gjennomførbart. For å bidra til at det gis et tilbud om parsamtaler i flere kommuner, må ulike modeller vurderes og prøves ut. Noen eksempler som bør vurderes utprøvd kan være samtaletilbud basert på at familieterapeuter

som er ansatt i kommunene i helsestasjonen eller andre tjenester, også kan tilby parsamtaler for foreldre som ønsker det. Interkommunalt samarbeid om slike tilbud kan være løsning som kan gi et utvidet tilbud til flere. Familieterapeuter fra familievernkontoret kan ha en veilederfunksjon for disse som del av sitt mandat etter § 1 i Familievernkontorloven. En annen modell er at familieterapeut fra familievernkontoret med faste mellomrom besøker en helsestasjon og ta imot par fra omkringliggende kommuner. Det kan også prøves ut parsamtaler med familieterapeut over skype fra helsestasjon eller liknende sted med lav terskel for oppmøte og egnet infrastruktur.

3.3 Samarbeid om gruppe- og kursvirksomhet

Ved alle fem prøveprosjektstedene har helsestasjon og familievern prøvd ut systematisk samarbeid om gruppe- og kurstilbud til foreldre. Det er forskjellige typer grupper og kurs og samarbeidet mellom tjenestene er organisert forskjellig. Gruppe- og kurstilbudene er sammen med fagdager (se pkt, 3.4) en vesentlig del av samarbeidsområdet informasjon om parforhold i småbarnsfasen. I dette delkapitlet presenteres disse tiltakene gruppert i foreldreforberedende kurs, grupper som er del av den ordinære helsestasjonsbaserte oppfølgingen av foreldre, og foreldrerolleorienterte grupper og kurs.

Barselgrupper har vært et tiltak i helsestasjonene i flere tiår. En norsk studie viste at mødre gjennom barselgruppene utviklet sosiale nettverk, fikk selvtillit, og de fikk tilgang til relevant informasjon om barnets helse og foreldrerollen både fra de andre deltakerne i gruppa og fra helsesøster. Helsesøster spiller en viktig rolle i å tilrettelegge grupper for førstegangs foreldre (Glavin et al., 2016). I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon 0-5 år er det gitt sterk anbefaling om at helsestasjonene bør gi alle foreldre tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner (www.helsedirektoratet.no). Tidligere forskning har vist at gruppebaserte programmer hadde implikasjoner på både stress og selvtillit hos foreldre (Barlow et al., 2012). Intervensjoner som bidrar til å forbedre opplevelsen av sosial støtte, fremmer helse og kan redusere hyppigheten av psykiske lidelser (Leahy-Warren et al., 2012).

Foreldreforberedende kurs

Blant prøveprosjektstedene finner vi at foreldreforberedende kurs arrangeres av både familievernkontoret og helsestasjonen. Ingen av stedene har parallelle kurs med samme tematikk der hver tjeneste tilbyr sitt eget. Begge tjenestene ønsker å gi plass til den andre

tjenestens tema og kompetanse i sitt tilbud. Kursene arrangeres gjerne med temakvelder og går over flere kvelder. Som eksempel: Ved ett av stedene er det foreldreforberedende kurset lagt opp med tre samlinger. Den første på helsestasjonen, den andre på familievernkontoret og den tredje på sykehuset. Argumentene for at en av samlingene holdes på familievernkontoret er flere. Det gir en naturlig mulighet for å ta opp og ufarliggjøre parforholdtematikk knyttet til det å få barn, det er en mulighet til å informere om tilbudet familievernkontoret representerer og det å vise frem hvor kontoret, hvordan det er innrettet og fungerer. Slik presentasjon kan trolig bidra til å senke terskelen for parene for å ta kontakt for bistand på et senere tidspunkt.

Ved andre prøveprosjektsteder deltar ansatte fra familievernkontoret med informasjon om tjenesten og om partematikk på foreldreforberedende kurs som holdes på helsestasjonen. Det forekommer også at familievernkontoret arrangerer enkeltstående kurskvelder om en bestemt tematikk, for eksempel vold i familier. Helsestasjonen informerer om slike tilbud, og det er ikke nødvendigvis, men kan være, del av et systematisk samarbeid.

Grupper som del av helsestasjonens oppfølging

Helsestasjonene driver ulike gruppetilbud for foreldre som del av sin oppfølging av barn og familier i kommunen. Eksempler på dette er ammegrupper, barselgrupper eller 8-månedersgrupper. Ved flere av prøveprosjektstedene er ansatte fra familievernkontoret invitert inn på fast basis til å være med å videreutvikle og delta på slike gruppemøter. Deltakelsen skal bidra til å tematisere parrelasjon og utfordringer knyttet til at paret blir foreldre, og dessuten til å gjøre familievern tjenesten kjent og senke terskelen for å ta kontakt. I gruppene har det vært fokus på å normalisere parutfordringer knyttet til spe- og småbarnsfasen. Det har vært lagt til rette for å la foreldrene bringe inn egne erfaringer, og slik vise deltakerne at også andre par sliter i denne fasen. I flere av oppleggene bruker de humor, kjente situasjoner osv. Helsesøstrene påpekte at familierapeutene kommer inn i slike grupper med et eget språk og kommunikasjon som har stor betydning for å tematisere og ufarliggjøre utfordringer i parrelasjonen.

Et annet eksempel på en slik gruppe er at ved et av prøveprosjektstedene driver familievernkontoret pappagruppe. Gruppen startet på helsestasjonen, og helsestasjonen informerer om og rekrutterer til tilbudet. Det ble etter en tid flyttet til et bydelshus. Det ble en mer terapeutisk gruppe enn familierapeuten hadde planlagt. Hans erfaringer var at det var behov for slike grupper, og han ville jobbe for å videreføre det.

Mange helsestasjoner har forsøkt å øke fedres deltakelse gjennom blant annet fedre-grupper, samlivskurs og temadager. Deltakelsen er lite dokumentert og det finnes ingen systemisk evaluering av denne typen tiltak (Helsedirektoratet 2017, Skjøthaug 2016). Klare føringer for hvordan øke fars deltakelse og involvering er også fraværende i nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet 2017). Det finnes internasjonale studier som fremhever egne samtalegrupper for menn, med mannlige gruppeledere som positivt for fedre (Premberg 2011, Fägerskiöld 2010).

Det finnes lite forskning som omhandler fedres selvstendige funksjon og deres opplevelser av oppfølgingen i helsetjenestene. Brukerundersøkelser fra Bergen kommune har vist at fedre foretrekker individuelle konsultasjoner (Bergen kommune 2009). Å få far mer aktiv og deltakende samsvarer med utviklingen av farsrollen og vil være til det beste for barn og familie og i tråd med nasjonale og politiske intensjoner (Helsedirektoratet 2014, 2017).

Det har tidligere vært fremmet politisk forslag om å invitere fedre spesielt til åtte måneders kontrollen på helsestasjonen (Barne- og likestillingsdepartementet 2008). Forslaget er ikke blitt iverksatt og det burde være naturlig å invitere far til alle barnekontrollene i helsestasjonsprogrammet. Opprettholdelse av fedrekvoten er en politisk satsning som har til hensikt å tilrettelegge for økt fedre-involvering generelt i spe- og småbarns-tiden.

Enkeltstudier trekker frem fedrekvoten som en faktor som øker fedrenes engasjement generelt, ikke bare i småbarns-tiden, men også i resten av oppveksten (Rege og Solli 2010).

Foreldrerolleorienterte grupper og kurs

En tredje type gruppe- og kursvirksomhet det samarbeides om, er samlinger som belyser et bestemt tema med relevans for spe- og småbarnsforeldre. Til slike samlinger inviteres gjerne foreldre når barna når en bestemt alder, og det settes et bestemt tema på dagsordenen.

Et eksempel fra et av prøveprosjektstedene der en ansatt fra familievernkontoret og en fra helsestasjonen har utviklet og driver en foreldresamling ved barnets ca 10 ukers alder. På samlingen er barna invitert med. Samlingen holdes på helsestasjonen på dagtid, på samme dag som det er «Åpen dag» da alle foreldre er invitert til å komme uten avtale til helsestasjonen. I etterkant av samlingen er det anledning til samtale med familieterapeut for de som ønsker det. Det er laget et opplegg som tematiserer utfordringer i parrelasjonen i spe- og småbarnsfasen og foreldrenes og parforholdets betydning for barns utvikling. Det legges særlig vekt på å formidle kunnskap om hvordan hjernen utvikles og hvordan de psykososiale omgivelsene til

barnet virker inn på utviklingen. Deltakelsen på kurset er presentert som del av den obligatoriske oppfølgingen helsestasjonen tilbyr. Det er ønskelig at begge foreldre kommer med på kurset. Kurset gir anledning, og brukes aktivt, til å informere om familieverntjenestens tilbud.

Praktisk organisering og ressursbruk

Hovedressursen som går med til tiltakene er personalressurs og tid. Det har derfor betydning hvilken oppslutning det blir om tilbudene, altså hvor mange foreldre som velger å benytte seg av tilbudene. For å øke oppslutningen om dem, har de fleste helsestasjoner lagt dem tett opp til og presentert dem som del av det obligatoriske oppfølgingsarbeidet helsestasjonen tilbyr alle foreldre.

Familievernet må rapportere sin virksomhet til Bufetat og gjør det via rapporteringssystemet FADO. Når en konsultasjon rapporteres i systemet, registreres personopplysninger på dem som har vært til samtale. Antallet konsultasjoner rapportert er viktig for familievernkontoets måltallsoppnåelse. I prøveprosjektperioden hadde FADO ikke rubrikker for registrering av forebyggende virksomhet på samme måte som ordinære konsultasjoner. Tiden familievernet brukte til denne type tiltak gav derfor lite uttelling og måloppnåelse i dette systemet. Dette opplevdes som svært urimelig fra familievernets side. Ved et av prøveprosjektstedene forsøkte de å løse dette med en modell der de har registrert de tilstedeværende på en samling med navn og fødselsnummer og lagt det inn i FADO som konsultasjoner. Etter registrering er kontakten registrert som avsluttet slik at deltakerne på samlingen ikke blir værende i systemet.

Ansatterfaringer med gruppe- og kurssamarbeid

Ledere og ansatte både på helsestasjon og familievern gir uttrykk for at samarbeidet om gruppe- og kursvirksomheten er nyttig og verdifullt som del av det deres tjeneste skal tilby foreldre. De vektlegger verdien av å samle og tilby kompetanse fra begge tjenester samtidig. Det gir en styrking av begge tjenester.

Ansatte og ledere forteller også at de har lært mye av hverandre gjennom det systematiske samarbeidet disse gruppene representerer. De synes de har fått bedre innsikt i hverandres kunnskapsfelt og oppgaver i hjelpesystemet. Et annet element som helsestasjonsansatte nevner i denne sammenhengen, er at det konkrete samarbeidet i gruppene har gitt dem tilgang på et nytt «språk» som gjør det enklere å ta opp parrelaterte tema i samtalene med foreldrene.

Ansatte er opptatt av at timing er viktig for gruppe- og kurstilbud. Det trekkes frem at det er lurt å legge samlinger til sammenhenger der det oppleves naturlig for foreldrene at de skal delta. Å legge grupper i forbindelse med bestemte konsultasjoner eller «Åpen dag» på helsestasjonen ble sett som gode grep for å øke deltakelsen.

Å involvere fedrene i gruppe- og kurstilbudet sees av alle involverte som en utfordring. Det er i stor grad mødre som følger barna til helsestasjonen til kontroller der. Tidspunktet for kurs- og gruppesamlinger er vanskelig å gjøre optimalt. På dagtid er ofte en av foreldrene, oftest far, opptatt på arbeid og arrangementer på kveldstid vil for mange av parene forutsette organisering av barnevakt. Samlinger ettermiddag/kveld virket å fungere best når det gjaldt oppslutning fra begge foreldrene.

Flere av de ansatte vi intervjuet hadde erfaring med at det var viktig at det var både mannlige og kvinnelige ansatte som ledet gruppe- og kursvirksomhet. Helsestasjonene er i utgangspunktet en overveiende kvinnedominert tjeneste, mens det er flere menn i familievernnet. De mente at samarbeid der begge kjønn var representert i gruppeledelsen kunne gi foreldrene, og i denne sammenheng var de særlig opptatt av fedrene, tilgang på flere rollemodeller for kommunikasjon og samhandling.

Den manglende uttellingen for forebyggende virksomhet i familievernets registreringssystem på prøveprosjekttidspunktet nevnes som en krevende utfordring

Å drive gruppe- og kursarbeid var ikke noe alle ansatte hadde like stor faglig interesse av å delta i, og de mente der var viktig med engasjement for at slike grupper skulle fungere godt.

Foreldreerfaringer med gruppe- og kurssamarbeid

Foreldrene vi har intervjuet er i stor grad fornøyd med det de har deltatt på av gruppe- og kursvirksomhet. De synes de har lært mye. Et element som i særlig grad fremstår som sentralt i foreldrenes erfaringer med slike tiltak, er at de virket positivt for dem fordi det bidro til at de forstod at det var normalt å streve med det de gjorde.

Nyttig å få høre at det er flere som synes at ting er vanskelig, flere i samme i situasjon. Mor er mye alene, og det er vanlig for mange.

Å forstå at det var flere som hadde det vanskelig i parrelasjonen i en situasjon der de fleste ønsker å fremstå som lykkelig familie, var av stor betydning. Samlingenes funksjon som formidler av dette, beskriver foreldrene som betydelig.

I likhet med de ansatte, var foreldrene også opptatt av at det er utfordringer med tidspunkt for slike møter, det gjelder alle typer møter/grupper. De var også opptatt av den særlige utfordringen med å få fedre med.

Flere av informantene gav uttrykk for et ønske om større fokus på far og fars rolle og mer innsats fra helsestasjonens og familievernets side for å få far med på grupper og kurs. En mor vi intervjuet hadde vært på en kurssamling om foreldrerollen og barns utvikling. Hun var godt fornøyd med innholdet, men ganske irritert over at det var gitt det hun mente var dårlig informasjon om tilbudet på forhånd. Hun hadde ikke forstått at det var relevant og viktig tematikk for begge foreldrene og at begge burde være med. Hun kom derfor alene. Hun mente bestemt at utbyttet av samlingen ville vært mye større hvis de hadde vært der begge foreldrene og hørt det som ble sagt sammen. På kurset hun hadde deltatt på var det en mannlig og en kvinnelig kursleder. Hun syntes de hadde representert hvert sitt kjønn slik at det virket som om de som var på kurset kunne kjenne igjen både seg selv og partneren. Hun opplevde at mange som var der hadde blitt litt lettet over å ha sett at det var normalt det de opplevde på hjemmebane.

En annen mor hadde deltatt på samme kursopplegg, men sammen med sin mann, var opptatt av at det var viktig for henne at mannen var med:

Kurset ga positive endringer. Far forstod mye mer. Det var nyttig for begge. Vi fikk innsyn i hverandres roller.

Fedrenes fravær har kommet opp som tema knyttet til nær alle intervjuer vi har hatt om tiltakene. Helsestasjonen oppleves ofte som en kvinnearena. Kjønnsperspektivet og menns behov skal være sentrale i utformingen av svangerskapsomsorgen og helsestasjonstjenesten (Skjøthaug 2016). Nyere retningslinjer vektlegger likevel i varierende grad farsrollen som selvstendig funksjon (Helsedirektoratet 2017).

Ansatte på helsestasjonene uttrykte at det kunne være utfordrende å få fedre i tale når de kom til konsultasjoner sammen med mødre og barna. De diskuterte ulike strategier for å få dette til. Et eksempel var å invitere fedrene til å komme alene med barna til en bestemt konsultasjon på helsestasjonen. Forskning har vist at tilfredshet med helsetjenesten var avhengig av fagpersoners evne til å inkludere (Fägerskiöld, 2006). Fedre opplevde større tillit til helsepersonell som tok deres bekymringer på alvor og hadde generelt større tillit til kvinnelig personale, gjerne med egne barn, enn mannlige (Fägerskiöld 2006). Andre studier har vist at

fedres fornøydhet avhenger mer av den enkelte helsearbeiders egnethet, enn av støttesystemet som helhet (Carlson et al. 2014).

Også på familievernkontoret var erfaringen at kvinner var mer aktive i kontakten enn fedre, men flere hadde også erfaringer med at menn og kvinner var mer jevnbyrdige i sin relasjon til familievernet. Både helsestasjonen og familievernet tematiserte spørsmålet om hvordan informasjon rettet mot foreldre ble formulert slik at det også inkluderte fedre. Dette kunne handle om et tydeligere språk som gjorde det klart at både fedre og mødre var forventet å være til stede når helsesøster kom på hjemmebesøk. Det kunne handle om at man passet på å stile brev og annen kommunikasjon til både mødre og fedre osv. Helsestasjonens lave terskel, og det faktum at «alle» er i kontakt med helsestasjonen er et fortrinn som viste seg å være viktig.

I intervjuer tok også ansatte på familievernkontor opp behovet for å sette fedre i kontakt med helsestasjonen når de ikke var samboende med barnas mor. Da opplevde de at fedre av og til manglet kunnskap om småbarnsomsorg og stell, som mødre i større grad får hjelp til i møte med jordmor og helsesøster. Når mødre ikke kunne eller ville overføre denne kunnskapen var det viktig at fedre kunne få det på helsestasjonen. Dette er nok et felt hvor man ser behovet for tett kontakt mellom familievern og helsestasjon, og en problematikk som særlig er relevant for fedre.

Vi ser at for foreldrene har det systematiske samarbeidet mellom helsestasjon og familievernkontoret om gruppe- og kurstilbudene en trippel funksjon. De gir kunnskap ved å belyse en bestemt tematikk (for eksempel kommunikasjon, foreldrerolle), de fungerer som arena for normalisering av utfordringer knyttet til det å bli foreldre og opprettholde et parforhold, og de fungerer samtidig som en informasjonskanal der familievern tjenestens tilbud tydeliggjøres for foreldrene som deltar.

Lærdommer fra systematisk samarbeid om grupper og kurs

I prøveprosjektet har det vært samarbeidet om grupper og kursvirksomhet over et stort spekter av tematikk og omfang. Gruppene rekrutterer bredt og kan presenteres som del av det ordinære tilbudet helsestasjonen har til alle foreldre. Det er tilbud som gis alle foreldre, og det det representerer et primærforbyggende arbeid, med universelt innrettete tiltak. Både ansatte og foreldre er i all hovedsak fornøyde med tilbudet og vurderer tilbudenes kombinasjon av ansatte og tema fra begge tjenester som fruktbart.

Konkrete lærdommer fra denne typen systematisk samarbeid er:

- Informasjon om tilbudenes innhold og målgruppe må være intensiv og må arbeides med kontinuerlig i begge tjenester
- Det må arbeides spesielt med å invitere og inkludere fedre som del av målgruppen for kurs og grupper
- Foreldre opplever at normalisering av det å ha utfordringer i parrelasjonen i spe- og småbarnsfasen er en viktig effekt av tjenestenes samarbeid om slike kurs og grupper
- Systematisk samarbeid om grupper og kurs utvider begge tjenesters forebyggende tilbud
- Samarbeid om grupper og kurs gir gjensidig utbytte i form av kompetanseutveksling
- Samarbeid med familieverntjenesten om kurs og grupper bidrar til å styrke helsestasjonsansattes grunnlag for å møte parrelatert tematikk også i sitt ordinære virke utenfor kurs- og gruppesamarbeidet
- Systemer for virksomhetsrapportering, for eksempel FADO, må støtte opp under denne typen forebyggende arbeid

På bakgrunn av disse konkrete lærdommene kan det sies at systematisk samarbeid om kurs og gruppevirksomhet har flere funksjoner. Det er både forebyggende virksomhet overfor innbyggerne, og det gir kompetanseheving og styrking av tilbudet familievernkontoret og helsestasjonen har hver for seg i utgangspunktet.

Forskjeller i kommunestørrelse og demografi gjør at det vil være ulikt hvor ofte og hvordan grupper og kurs kan tilbys rundt om i kommunene. For eksempel er foreldreforbereidende kurs ikke noe som kan arrangeres jevnlig i kommuner med svært få fødsler. Foreldrenes beskrivelser av nytten med å delta i kurs og grupper tilsier at slike arrangementer ikke nødvendigvis må tilbys foreldre med barn i en bestemt aldersgruppe. Spe- og småbarnsforeldres erfaring med å være foreldre i den perioden endres ikke vesentlig selv om barnet blir noen måneder eldre.

Erfaringene fra prøveprosjektet gir grunn til å anbefale at det utvikles nye former kurs og grupper som kan bidra til at gevinstene fra samarbeidet realiseres også i andre konstellasjoner mellom kommuner og familieverntjenester. Lett tilgjengelige nettbaserte løsninger kan gi gode muligheter. Kombinasjoner mellom nettbaserte og lokalt organiserte samlinger har også

potensiale til å nå ut til flere som ikke er i en situasjon der det hyppig arrangeres kurs og grupper.

Tiltak 26 gir også grunnlag for å si at å øke oppmerksomhet om og innsats knyttet til å involvere fedre i de tilbudene som gis for å styrke parforhold til barnets beste, er et område det bør arbeides mer systematisk med.

3.4 Fagdager for ansatte i helsestasjonen

Som beskrevet i pkt 3.2 var rekruttering av foreldre til samtaler med familieterapeut avhengig av at ansatte på helsestasjonen tematiserte parrelasjonen i sine samtaler med foreldre på helsestasjonen. En tid ut i prosjektperioden ble det tydelig at noen helsesøstre rekrutterte langt flere par til samtaler med familieterapeutene enn andre.

Ved et av prøveprosjektstedene ble det i prosjektperioden i den forbindelse tydelig at en årsak til variasjon i rekruttering var at en del helsesøstre og jordmødre opplevde at de hadde liten kunnskap om parrelasjoner og om familievernet. Dette gjorde at de gruet seg for å tematisere fungering i parforholdet med foreldre når de kom på helsestasjonen med barna. Den lokale prosjektgruppen vurderte da at det var behov for gi informasjon til helsesøstrene og jordmødrene om utvikling og konflikter i parrelasjoner, om familievern tjenesten, og samtaletilbudet familieterapeutene kunne tilby. De ble da enige om å arrangere fagdag om dette for de ansatte ved helsestasjonen.

Etter fagdagen økte rekrutteringen av par til samtaler med familieterapeut. Senere ble opplegget for fagdagen videreutviklet og arrangert regelmessig som del av prøveprosjektet. Fagdag ble arrangert et par ganger i året og tilbudt helsesøstre i hele regionen familievernkontoret hadde ansvar for.

Slike og liknende fagdager har blitt utviklet og arrangert ved flere av prøveprosjektstedene gjennom prosjektperioden. Fagdage har bestått av kombinasjoner av presentasjon av teori, diskusjoner, rollespill og ferdighetstrening der deltakerne har fått øvd på kommunikasjon om tematikk relatert til parforhold. Det har også være arrangert fagdager med bestemte tema, for eksempel vold i nære relasjoner og kultursensitivitet.

Utenfor samarbeidet mellom familievern tjenesten og helsestasjonene arrangeres det regelmessig regionvise samlinger for helsesøstre. Flere av informantene mente at disse

samlingene kunne være et godt sted å ta opp tematikk omkring parforhold, slik at flere helsestasjonsansatte fra forskjellige kommuner kunne ha felles erfaring om det.

Ansatterfaringer om fagdager

Ansatte på helsestasjonene gir uttrykk for at fagdager har bidratt til et sterkere eierskap til prøveprosjektet. De vurderer det som et nyttig og vellykket tiltak, og at fagdage økte kunnskapsnivået om parrelasjoner og samliv og bidro til å styrke og utvide samarbeidet mellom de to tjenesteområdene.

En helsesøster uttrykte seg slik om betydningen av fagdage:

Å bli kjent med familievernet var helt nytt. Vi visste ikke hvordan de jobbet, hva slags saker de tok. Nå er det mye lettere å ta kontakt med dem og drøfte ting. Nå tar de mye mer kontakt også.

Det har hatt stor betydning for helsestasjonens ansatte at de får mulighet til å kjenne til familievernets tilbud. Etter å ha deltatt på fagdager var det flere som gav uttrykk for at det ble enklere å henvise par til samtale med familieterapeut.

Tryggheten til å ta opp saker øker etter hvert som de ulike aktørene i samarbeidet blir bedre kjent med hverandre, både faglig og personlig (Glavin og Erdal 2018).

En nyansatt fortalte om det å være med på fagdag som særlig nyttig for en ny:

Som nyansatt var det veldig godt å være med på fagdagen. Jeg kom rett fra utdanning og det var ikke mye fokus på dette med samliv i utdanningen.

Det virker gjennomgående at fagdage gav faglig påfyll og at det opplevdes nyttig at ansatte fra de forskjellige tjenestene traff hverandre og ble kjent. Deltakelse på fagdage gjorde at de opplevde seg tryggere i rollen når de skulle ta opp tematikk relatert til parforholdet i samtaler med foreldre. Helsestasjonsansattes beskrivelse av at de er forsiktige med å ta tematisere sensitive forhold er i tråd med det Neuman (2007, 2008) finner når hun studerer helsesøstres handlingsstrategier i møte med mulig omsorgssvikt. Hun finner en tendens til en ikke-intervenerende praksis, og setter den i sammenheng med strukturelt betingede forhold. For eksempel peker Neumann på at den store vekten som legges på at helsestasjonen skal ha tillit i befolkningen slik at foresatte slutter opp om tilbudet. Respondentene i Neumanns

undersøkelse var bekymret for at de ville minste tillit i befolkningen hvis de ble for intervensjoner på et formelt grunnlag (Neumann, 2008: 270-1).

Også fagdage bidro til at helsestasjonsansatte opplevde at de fikk del i et nytt språk som gjorde det enklere for dem å tematisere parforhold med foreldrene.

Ansatte på helsestasjonen gir også uttrykk for at fagdage representerte en god arena for å utveksle erfaringer. De tenker at familieterapeutene formidler et litt annet syn på familier og barn enn det de selv var vant til i sin sammenheng på helsestasjonen. En uttrykte seg slik:

Vi ser ofte at atferden barnet viser handler om hvordan de har det hjemme f.eks. der foreldrene ikke samarbeider. Man ser unger med symptomer. Og se symptomene bort fra barnet. Før var det lett å tenke at det er ungen.

Sitatet viser til at kunnskapen fra familieterapeutene hadde medført en overgang til et mer systemisk perspektiv på familier og barn med utfordringer enn det denne helsesøsteren var opplært til.

Lærdommer fra samarbeid om felles fagdager

Ansatte har opplevd at fagdager har hatt stor betydning for samarbeidet mellom helsestasjon og familievernkontor. Det har bidratt til at ansatte fra tjenestene er blitt bedre kjent med hverandre og med tjenestene, det har økt rekruttering til prosjekttiltak, det har gitt faglig påfyll og opplæring i å håndtere tematikk relatert til parforhold.

Konkrete erfaringer fra organiseringen av fagdager:

- Helsestasjonsansatte trenger kunnskap om parforhold og utfordringer knyttet til spe- og småbarnfasen og faglig trygghet til å tematisere det i samtaler med foreldre
- Helsestasjonsansatte trenger kunnskap og kjennskap til familievernkontorets tilbud og ansatte
- Fagdager er en god arena for å øker gjensidig kjennskap mellom tjenestene og bidrar til økt rekruttering til samtaler med familieterapeut
- Fagdage opplever virksomme når de inneholder både teorifremlegg, diskusjoner av case og trening på å samtale med foreldre om parforholdet
- Fagdager kan med fordel arrangeres for flere helsestasjoner samtidig

- Fagdage bør arrangeres regelmessig slik at både ledere og ansatte på helsestasjonene får inspirasjon og dra-hjelp til å holde tematikk om parforhold oppe som sentralt område i oppfølgingen av foreldre
- Fagdage representerer kulturarbeid som fremmer felles mål og forståelse mellom tjenestene

Gjennom å bidra til fagdage har familievernkontoret gitt helsestasjonsansatte kompetanse og mot til å gå inn i samtaler om parforhold. Familievernkontoret har nådd ut med forebyggende arbeid gjennom informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet, slik de oppfordres til i §1 i Familievernkontorloven. Det systematiske samarbeidet som er nedfelt i fagdage har styrket begge tjenesters forebyggende arbeid.

3.5 Uformelt samvær – merverdi fra prøveprosjektet

Det uformelle samværet mellom ansatte på helsestasjonen og familievernet kan vel knapt kalles et tiltak med systematisk samarbeid. Vi har likevel valgt å beskrive det her. Det uformelle samværet oppstod på helsestasjonene de dagene familieterapeuten var tilstede. Det kunne være spontane samtaler hvis man møttes i gangen, eller rundt lunsjbordet eller mens de ventet på par som skulle komme til samtale. I slike uformelle møter kunne de ansatte lufte eller drøfte saker anonymt, og dele erfaringer og få korte innspill som en form for veiledning.

Ansatterfaringer om uformelt samvær

Ansatte fra begge tjenester har nevnt det uformelle samværet som en viktig del av prøveprosjektet. Familieterapeutene gir uttrykk for at de ser det som viktig å prioritere tid til uformell kontakt når de er på helsestasjonen. Det oppleves meningsfullt, men like fullt tidkrevende i en travel arbeidshverdag.

Den uformelle kontakten har bidratt til å senke terskelen for å ta kontakt med hverandre og be om råd og innspill. Helsesøstre og jordmødre synes det er lettere å henviser par til en familieterapeut når de kjenner ham/henne litt. Også foreldrene synes å oppleve dette som viktig og at kjennskap mellom helsesøster og familieterapeut bidrar til å senke terskelen for å motta tilbud om samtale, ref. pkt. 3.2.

Ansatte gir uttrykk for at det uformelle samværet slik bidrar til å heve kvaliteten på helsestasjonens tilbud generelt og på å øke rekrutteringen til samtaler med familieterapeut.

En leder på et familievernkontor var opptatt av at det uformelle samværet også var del av det kulturarbeidet som måtte skje mellom helsestasjon og familievern for å etablere og ikke minst vedlikeholde et systematisk samarbeid over tid. Man må kjenne hverandre «uten huskelapp». Uformelt samvær oppstår ikke av seg selv, men må legges til rette for og prioriteres.

Lærdommer om den uformelle kontakten mellom ansatte

Det uformelle samværet kan fungere som et lim i utviklingen av grunnlag for systematisk samarbeid.

- De uformelle treffpunktene bidrar kjennskap til hverandre og hverandres fagfelt og gir trygghet til å kunne spørre hverandre og ta opp arbeidsrelaterte tema som oppleves vanskelige
- Lunsjpausen der ansatte fra begge tjenester møtes til uformell prat, oppleves av begge parter som en særlig viktig arena for kontakt
- Den uformelle kontakten gir kjennskap til familieterapeuten personlig og gjør det lettere for helsestasjonsansatte å henvise par til samtaler
- Parene opplever trygghet i at helsestasjonsansatte gir uttrykk for at de kjenner og kan gå god for familieterapeuten
- De uformelle møtene minner begge parter om mulighetene de har gjennom samarbeidet som er etablert

Deltakerne i tiltakene fremhever betydningen av relasjon og kjennskap mellom de som er involvert i Tiltak 26. Å snakke om og tilby hjelp til par som strever i sine forhold, krever trygghet og tillit. I evalueringen ser vi at dette gjelder mellom ansatte i helsestasjonen og foreldrene de møter. Det gjelder også mellom ansatte i tjenestene.

Holdningsarbeid tar tid, og utvikling av kjennskap til samarbeidspartnere, både faglig og mer personlig, kan bidra til å styrke grunnlag for samarbeid. Den uformelle kontakten er et sentralt element for samarbeid (Glavin og Erdal 2018). Den bidrar til med muligheten til å utvikle kjennskap til hverandre som et grunnlag for utvikling av tillit. Det uformelle samværet er ikke

systematisk samarbeid, men som informasjonsutvekslingsarena styrker den grunnlaget for det forebyggende arbeidet tjenestene skal utføre.

I andre kontekster der det ikke er mulig å få til regelmessige uformelle samvær for eksempel over lunsjbordet, vil det ha betydning å utvikle strukturer som gjør det mulig for ansatte fra tjenestene å vite om hverandre. En fast kontaktperson i familievernkontoret og faste møtepunkter med vedkommende, er en mulig løsning. En annen løsning kan være at familievernkontoret kan ha planlagt fast eller fleksibel telefontid for helsestasjonsansatte. Nettbaserte ordninger med skype-samtaler er også en mulig vei for å opprettholde relasjoner ansatte imellom.

3.6 Oppsummerende drøfting av tiltakene

Betydningen av et godt parforhold for å trygge barns oppvekst er bakgrunnen for iverksettingen av Tiltak 26. Prøveprosjektet har synliggjort at forebyggende innsats overfor foreldre i spe- og småbarnsfasen med fordel kan gjøres gjennom systematisk samarbeidet mellom helsestasjon og familievernkontor. Tiltakene i prosjektet har vært godt evaluert av alle involverte parter.

Universelt og selektivt innrettede tiltak

Tiltakene i prøveprosjektet er operasjonaliseringer av områdene for systematisk samarbeid på prøveprosjektstedene i Tiltak 26. Alle tiltakene representerer systematisk samarbeid mellom helsestasjon og familievern, og alle har en forebyggende målsetting med barnets beste gjennom styrking av parforhold som innslagspunkt. Tiltakene har en primærforebyggende profil med universelt og selektivt innrettede tiltak. Tilbud om parsamtalene med familieterapeutene og kurs- og gruppevirksomheten har vært universelt innrettede tiltak, de har som utgangspunkt vært informert om og tilgjengelige tilbud til alle som har oppsøkt helsestasjonen. Samtidig har for eksempel samtalene også hatt en selektiv innretning. Helsestasjonsansatte har kunnet bruke tilbudet mer aktivt overfor foreldre de opplever å være i risikozonen for å utvikle problemer som kan ha negative konsekvenser for barns oppvekstvilkår.

Nådd nye grupper

Gjennom tiltakene i prøveprosjektet har familievernet nådd ut med sin kompetanse og sitt tilbud til nye grupper de ellers ikke ville nådd. Foreldre har fått hjelp i en sårbar fase av familielivet, hjelp det er liten sannsynlighet for at de ville oppsøkt og fått uten tiltakene i prosjektet.

Parforholdet er i større grad blitt et relevant tema

Tiltakene som er utviklet i prøveprosjektet har handlet mye om på ulike måter å tematisere parforhold og parforholdets betydning til barnets beste både overfor ansatte i helsestasjonene og overfor foreldre. Prøveprosjektet har bidratt til at jordmødre og helsesøstre er mer bevisste på å tematisere parforhold på flere måter og flere ganger når de møter foreldre i forbindelse med svangerskap, barsel, spe- og småbarnstid. De opplever selv å ha fått et språk som gjør det mulig for dem å tematisere parforhold. Noen helsestasjoner har satt parforholdet opp som «kontaktpunkt», et fast punkt som skulle tas opp, i alle konsultasjoner med foreldre på helsestasjonen. Andre har lagt det til bestemte konsultasjoner. I tilknytning til prøveprosjektet er det utviklet brosjyrer med informasjon om tiltakene som tilbys i samarbeid mellom familievern og helsestasjon. Disse deles ut ved fødselsforberedende kurs, ved hjemmebesøk, ved konsultasjoner på helsestasjonen osv. Grupper og kursvirksomhet har vært utviklet for å spre informasjon om parforhold og om barns utvikling og behov.

Tjenestene er blitt kjent og tilgjengelige for hverandre

Samarbeidet om tiltaksutvikling og utprøving av tiltak har gjort de to tjenestene kjent med hverandre på en annen måte enn tidligere. Kjennskap er en forutsetning for samarbeid, og deltakerne er opptatt av betydningen av å kjenne ikke bare tjenestenes tilbud, men også hverandre som representanter for tjenestene. Den økte kjennskapen og tilgjengeligheten har bidratt til bedre forebyggende tjenester og større sammenheng i tjenestetilbudet.

Utfordrende faktorer

Tiltakene er basert på stor grad av geografisk nærhet mellom helsestasjon og familievernet. De er basert på fysisk tilstedeværelse av fagpersonene, ofte samme sted samtidig. Gåavstand er fremhevet som en faktor som gjør det enklere når man skal treffes. For prosjektene i Tiltak 26 har det fungert godt, men den type samarbeid er lite bærekraftig som modell nasjonalt.

Forskjeller i kommunestørrelse, ulikt antall helsestasjoner i hver kommune, og de store geografiske avstandene familievernet skal dekke, er eksempler på forhold som gjør at det også må arbeides med alternative modeller for systematisk samarbeid om tiltak til målgruppen. Samtidig er det viktig å påpeke at mange av lærdommene fra prøveprosjektet umiddelbart kan gjøres gjeldende for det forebyggende arbeidet som i dag drives av helsestasjoner og familievernkontor. Det gjelder uavhengig av tjenestenes beliggenhet og størrelse.

Prøveprosjektet med Tiltak 26 har gitt familievernkontorene og helsestasjonene som deltok mulighet til å styrke sitt forebyggende arbeid, både hver for seg og sammen. Å bli kjent med andre samarbeidspartnere har vist seg å være en viktig faktor for utvikling av samarbeid.

4. Suksessfaktorer for utvikling av samarbeidet i prøveprosjektet

4.1 Innledning

I Tiltak 26 skulle det etableres et systematisk samarbeid mellom helsestasjon og familievern for å styrke det forebyggende tilbudet til foreldre i spe- og småbarnsfasen. De to tjenestene representerer hvert sitt mandat med hver sin inngang til forebyggende arbeid overfor denne gruppen. Samarbeidet har vært et systematisk samarbeid på tjeneste- og ansattnivå.

De foregående kapitlene har vist at samarbeidet mellom tjenestene blant annet har bidratt til tiltak og samarbeidsformer som har gjort at familievernkontoret har nådd ut med forebyggende arbeid til grupper de ellers ikke ville nådd, og at helsestasjonen har styrket sitt tilbud til spe- og småbarnsforeldre. Resultatet av det systematiske samarbeidet må slik sett vurderes som vellykket. I dette kapitlet rettes oppmerksomheten mer direkte mot hvordan man kan forstå utviklingen av samarbeidet gjennom prøveprosjektet. Hovedspørsmålet som drøftes i kapitlet er hvordan det kan forklares at to tjenestene med hver sine organisatoriske utgangspunkt og samfunnsoppgaver samarbeider så godt som de har gjort gjennom prøveprosjektet. Samarbeidet drøftes blant annet i lys av teori om samarbeidets synergi (Vangen og Huxham, 2009). I drøftingen legges særlig vekt på mål, tillit, kulturelt mangfold og ledelse som sentrale tema.

4.2 Felles mål for samarbeidet

I samarbeidsprosesser er dimensjoner ved målene for samarbeidet sentralt for hvordan det utvikler seg (Vangen og Huxham, 2009). Målene for Tiltak 26 er ikke detalj formulert i handlingsplanen fra øverste myndighet. Utgangspunktet for Tiltak 26 er at et godt parforhold betyr mye for livskvaliteten til foreldrene og også er svært viktig for barnas oppvekst. Familievernet skal inngå i et systematisk samarbeid med helsestasjonen. Underforstått skal dette samarbeidet lede til å styrke parforhold. Det er ikke lagt føringer for hvordan.

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid kan utfordres i tilfeller der det er ulik eierstruktur bak partene. Det kommunale selvstyret basert på lokaldemokrati med lokale prioriteringer og tilpasninger i tjenestetilbudet, står i kontrast til det statlige linjestyringsprinsippet. Kommunene kan ikke instrueres fra statlig hold. I den aktuelle situasjonen med Tiltak 26

betyr dette at kommunene og helsestasjonene ikke kan instrueres fra staten til deltakelse og prioritering av prosjektet slik familievernkontorene kan. Partene måtte selv finne felles grunn for samarbeidet.

Evalueringen viser at tjenestenes har hatt felles måloppfatninger og dette fremstår som en suksessfaktor for samarbeidet. Måloppfatning er en dimensjon som har betydning for samarbeid mellom organisasjoner og prosjektdeltakere (Vangen og Huxham, 2009). Prosjektdeltakernes måloppfatningene er ofte preget av organisasjoner utenfor selve det konkrete samarbeidet. Deltakerne og organisasjonene de representerer har tilknytning til forskjellige myndigheter som kan legge forskjellige føringer på arbeidet. Disse legger føringer for samarbeidsprosessene og målene for samarbeidet. Ulike måloppfatninger og føringer fra myndighetshold kan skape treghet og hemme de samarbeidsprosessene prosjektet er avhengig av. I Tiltak 26 er direktoratene, Bufetat og kommunene eksempler på slike offentlige myndigheter som legger føringer for prosjekter på lokalt nivå. De lokale prøveprosjektdeltakerne har måttet forholde seg til disse føringene i prosjektperioden og det er rimelig å anta at de har påvirket deres forståelse av mål og samarbeidsinnretning. I Tiltak 26 har prosjektdeltakerne opplevd føringer fra myndigheter og utenforliggende organisasjonene som samstemte. Ansatte og ledere uttrykker at de opplever stor grad av enighet og felles forståelse av målene med prøveprosjektet på tvers av organisasjons-tilhørighet. Dette gjelder på direktoratsnivå så vel som på kommunenivå. På direktoratsnivå er det konkretisert formål med prøveprosjektet. Samarbeidet skal trygge barns oppvekst og føre til at flere barn og familier i risiko skal få rett hjelp til rett tid. Resultatmålene er formulert knyttet til inngåelse av samarbeidsavtaler, definert av samarbeidsområder og utvikling av samarbeidsstrukturer. Både målet om å trygge barns oppvekst og rett hjelp i rett tid samt resultatmålene gir prøveprosjektstedene stor frihet til formulering av innholdsmål og tiltak for å nå dem.

Den samstemte overordnede målforståelsen har bidratt til at det lokale samarbeidet i stor grad har vært orientert om selve prosjektet og ikke forhandlinger og gjentakende avklaringer om hvilke måloppfatninger som skulle være førende for samarbeidet.

Åpenhet om mål er også en dimensjon som har betydning for samarbeidsprosjekter (Vangen og Huxham, 2009, s.72). Det kan være at noen av partene har skjulte agendaer for samarbeidet. Åpenheten kan også utfordres av at det ikke er satt av tid og muligheter til å diskutere målene i fellesskap. Da kan noen av partenes mål forbli uttalt og lite tilgjengelige

for de andre å ta stilling til. I Tiltak 26 har trolig den samlingsbaserte prosessorienterte prosjektmodellen lagt til rette for samtale og refleksjon om mål og motivasjon og skapt en felles og uttalt forståelse for utviklingen av det systematiske samarbeidet.

Ansatte og ledere uttrykker at de opplever stor grad av enighet og felles forståelse av målene med prøveprosjektet og tiltak som skal bidra til å oppfylle dem, på tvers av organisasjonstilhørighet. Dette gjelder på direktoratsnivå og etatsnivå så vel som på kommunenivå.

Evalueringen viser at prosjektdeltakerne opplever at prosjektdeltakelsen har vært forankret og motivert ut fra tjenestenes samfunnsoppdrag. Når organisasjoner som skal samarbeide har noen overlappende områder og samtidig hver sine distinkte ansvarsområder, er det viktig å synliggjøre hvilke områder målene for samarbeidet skal gjelde (Vangen og Huxham, 2009, s.71). For deltakerne i Tiltak 26 kan det handle om at helsestasjonene og familievernet har både overlappende og forskjellige målsettinger. Målgruppen, foreldre med små barn, er felles. Men helsestasjonene skal i utgangspunktet ikke drive parterapi og familievernet har ikke som hovedoppgave å styrke barns utvikling. Prosjektsamarbeidet oppleves likevel relevant for begge parters oppgaver og mandat. Gjennom deres engasjement for spe- og småbarnsforeldres situasjon har de funnet en felles grunn å etablere samarbeidet på. Målenes autensitet og relevans for partene er en sentral dimensjon for utvikling av tverretattlig samarbeid (Vangen og Huxham, 2009, s. 71).

Selv om partene var enige om at prøveprosjektet var rettet mot par og bidra til bedre parforhold i familier med små barn, viste fokusgruppeintervjuene at det også er ulike begrunnelser for oppmerksomheten som er rettet mot å styrke parforholdet.

Noen ansatte var opptatt av at parforholdet er viktig i kraft av seg selv og derfor må støttes i en sårbar fase. Begrunnelsene som ble gitt for dette synet var blant annet at unge mennesker opplever det komplisert å håndtere pardimensjonen når paret blir foreldre og at de trenger støtte for å få forholdet til å fungere på en god måte.

En annen begrunnelse for å styrke parforholdet var mer koblet opp mot barnets oppvekstforhold. De som fremmet denne var opptatt av at barnet trengte et godt oppvekstmiljø og at godt foreldresamspill var en viktig faktor for å oppnå dette. I lys av denne begrunnelsen var arbeidet med parrelasjonen et middel for å nå et mål om en trygg oppvekstsituasjon, uavhengig av om foreldrene skulle bo sammen og være foreldre sammen eller hver for seg.

En beslektet, men likevel litt annerledes begrunnelse var eksplisitt knyttet opp mot utviklingen av barnets hjerne. For ansatte som fremmet dette synet var argumentet at foreldrenes atferd alene og sammen er avgjørende for at barnets hjerne rent fysiologisk skulle utvikle seg optimalt. Arbeidet med parrelasjonen var derfor sett som et ledd arbeidet med å understøtte en god utvikling av hjerne.

Begrunnelsene er ikke gjensidig utelukkende, og det var ikke grunnlag for å si at en ansattgruppe var tydelige talspersoner for et syn og en annen gruppe for et annet. I materialet som helhet er det likevel en tendens til at ansatte ved familievernnet var mest opptatt av de to første begrunnelsene og at helsestasjonsansatte var mest opptatt av de to siste. Målsettingen, å styrke parforholdet til barns beste, var felles og overordnet begrunnelsene for den.

Samarbeidet i Tiltak 26 har gitt mulighet til å utnytte begge tjenestenes mandat. Formen på samarbeidet har styrket og tydeliggjorde det overlappende feltet tjenestene har seg imellom. Begge tjenester vurderer målene som relevante, og samarbeidet for å nå dem som en utvidelse og kvalitetsheving av sitt tilbud. Målene omfatter tematikk som er relevant for begge organisasjonenes samfunnsoppdrag. Både ledere og ansatte fra helsestasjonene og familievernkontorene gir uttrykk for at prosjektet har gitt en opplevelse av forlenget rekkevidde og økt kvalitet i eget tilbud.

Målenes relevans for de involverte er også en sentral dimensjon for forståelsen av samarbeid (Vangen og Huxham, 2009). Intervjuene med ansatte i familievern og helsestasjoner viser at begge tjenestene opplever at det å bidra til å styrke parforholdet i familier med små barn, er et viktig og for deres arbeid relevant anliggende. De ansatte på helsestasjonen knytter tjenestens orientering om barns oppvekstsituasjon til betydningen av gode parforhold. For familievernnet er styrking av parforhold knyttet tett opp til hovedoppgaven til tjenesten. Samarbeidet i Tiltak 26 har gitt mulighet til å utnytte begge tjenestenes mandat. Formen på samarbeidet har styrket og tydeliggjorde det overlappende feltet tjenestene har seg imellom. Begge tjenester kan se målene som relevante og samarbeidet for å nå dem som en utvidelse og kvalitetsheving av sitt tilbud. Målene omfatter tematikk som er relevant for begge organisasjonenes samfunnsoppdrag. Både ledere og ansatte fra helsestasjonene og familievern tjenesten gir uttrykk for at prosjektet har gitt en opplevelse av forlenget rekkevidde og økt kvalitet i eget tilbud.

4.3 Gjensidig tillit

Tillit mellom partene er en forutsetning for vellykket samarbeid, men kommer ikke av seg selv (Vangen og Huxham, 2009, s.73). Partenes evne til å utvikle en gjensidig tillit til hverandre, både som tjeneste og som fag- og enkeltpersoner, fremstår som en viktig del i samarbeidet i prøveprosjektet.

I evalueringen av prøveprosjektet fant vi gjennomgående en gjensidig uttrykt respekt for faglighet og innsatsområde mellom helsestasjonsansatte og ansatte ved familievernkontoret. I fokusgruppeintervjuene gav de ansatte eksempler på hvordan kjennskapen til tjenestene og fagfolkene hadde utviklet seg gjennom deltakelsen i forskjellige aktiviteter i prosjektperioden. Gjennom de felles fagdage, de uformelle møtene, og utvikling av de andre tiltakene i det lokale prøveprosjektet bygget de opp en tillitsfull relasjon. I følge teorien om samarbeidets synergi, ligger grunnlaget for tillit ved etablering av samarbeid blant annet i partenes omdømme og erfaringer med tidligere samarbeid. På dette grunnlaget skal det avklares forventninger til fremtidig samarbeid. Det er av stor betydning at partene stoler tilstrekkelig på hverandre til å ta risikoen det er for tjenesten, for dem selv og eventuelle brukere å inngå samarbeid (Vangen og Huxham, 2009, s. 73,74). Hvis dette grunnlaget er tilstede, og målene realistiske og innenfor rekkevidde, gis erfaringer som bygger stadig sterkere tillit. Det er selvforsterkende prosess, en «tillitssløyfe».

I prøveprosjektet er har partene stått i et gjensidig avhengighetsforhold når det gjelder mulighetene for å lykkes med å nå målet for prøveprosjektet. Det store bildet er at den felles forståelsen av målet med samarbeidet og begge tjenesters nødvendige bidrag i prosjektet, har styrket utviklingen av tillitssløyfen i det systematiske samarbeidet. Maktforholdene mellom samarbeidende parter er en faktor som representerer en skjørhet i tillitssløyfen (Vangen og Huxham, 2009, s.75). Begge tjenesters nødvendige bidrag har gitt grunnlag for en maktbalanse som har styrket tillitssløyfen.

4.4 Forskjeller som ressurser

Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid kan fremme kompetanseutveksling og -utvikling for de involverte. Kjennskap til andres tjeneste er beskrevet som viktig når man skal samarbeide tverrfaglig (Willumsen 2006). De ulike aktørene må få kunnskap om den enkeltes rolle og ansvar for å kunne utnytte bredden man representerer i fellesskap. Det er ikke likhetene som

driver tverrfaglig arbeid framover, de som er like kan bekrefte hverandre og i mindre grad lære av hverandre (Glavin og Erdal, 2018).

Helsestasjonene og familievernkontorene har forskjellige funksjoner, kompetanser, ressurser, system og logikk for rekruttering og inntak av tjenestemottakere. Disse forskjellene har vært satt sammen og utnyttet sammen i prøveprosjektene i Tiltak 26. Kapittel 2 og 3 i evalueringen har vist hvordan de lokale prøveprosjektene gjennom systematisk samarbeid har skapt tiltak der begge tjenester har bidratt med sine fortrinn. På den måten har forskjellene blitt gjort til felles ressurser. For eksempel har helsestasjonens universelle lavterskelposisjon med kontakt med nær sagt alle spe- og småbarnsfamilier vært kombinert med familievernets spisskompetanse og fleksibilitet med hensyn til tid og sted for å yte tjenester. Kombinasjonen har skapt et nytt grunnlag for tjenesteyting for begge tjenester, forskjellene er utnyttet positivt.

Forskjellene kan betraktes som uttrykk for kulturelt mangfold i samarbeidet mellom helsestasjonene og familievernkontorene. Kulturelt mangfold oppstår i møtet mellom forskjellige kunnskapsgrunnlag og arbeidsmetoder, handle- og forståelsesmåter, strukturer og prosesser (Vangen og Huxham, 2009). Kulturelt mangfold kan være en kilde til samarbeidsgevinst, men blir ikke en suksessfaktor av seg selv. Forskjeller kan også hindre samarbeid og gjøre samarbeidsprosesser tregere og hindre tillitssløyfen i å utvikle seg.

Flere av informantene i evalueringen har lagt vekt på betydningen av å drive med kulturarbeid lokalt for å lykkes. De har beskrevet at ulikhetene ikke automatisk forsvinner eller får verdi gjennom et samarbeid. Det kulturelle mangfoldet krever at det i et samarbeid gis oppmerksomhet til håndtering av annerledeshet og utvikling av samhandlingsmønstre som for eksempel en felles kommunikasjonsstil (Vangen og Huxham, 2009). Dette synes i stor grad å ha vært vellykket der flere ansatte fra begge tjenester har vært involvert i tiltaksutvikling og -utprøving i prøveprosjektet.

4.5 Ledelsen involvert lokalt

Strukturer er viktig for organisering av samarbeidet (Willumsen, 2006). For at et samarbeidssystem skal overleve og ikke være avhengig av enkeltpersoner, må det forankres. Tverrfaglig samarbeid over etats- og sektorgrenser krever at alle instanser forplikter seg (Glavin og Erdal, 2018). Det innebærer at ledelsen må være involvert i det tverrfaglige samarbeidet. Ansvar for samarbeidet og oppgavene som skal løses må være plassert for å lykkes på sikt (Glavin og Erdal, 2018).

Når det skal samarbeides mellom forskjellige tjenester er det en lederoppgave å ansatte til å slutte opp om samarbeidet og ting til å skje (Vangen og Huxham, 2009). Erfaringene fra Tiltak 26 viser at den lokale ledelsens involvering ble opplevd som avgjørende for at prosjektet ble vellykket. Det var når lederne for tjenestene var med og «på» i prosjektet at det systematiske samarbeidet skjøt fart.

Det er stort arbeidspress og kamp om oppmerksomhet om satsninger. Ansatte uttrykker at ledelsens tydelige prioritering av prosjektarbeidet har vært sentralt for å gi oppmerksomhet til prosjektrelaterte oppgaver i hverdagen. Engasjementet for prøveprosjektet måtte stimuleres kontinuerlig i begge tjenestene hver for seg for at samarbeidet skulle bli noe av.

At lederen var aktivt med i prosjektet ser ut til å ha fungert som modell-læring. Det har imidlertid vært viktig at prosjektdeltakelsen også har vært forankret blant ansatte for at lederens aktive deltakelse skulle få ringvirkninger. I situasjoner der prosjektdeltakelsen var svakt forankret i tjenesten som helhet, eller at ledelsen ikke var direkte involvert i prosjektet, har det vært med ble det mer krevende å få til bredt samarbeid.

4.6 Geografisk nærhet

På de lokale prøveprosjektstedene har de samarbeidende tjenestene, så nær som på ett sted, vært lokalisert nær hverandre. Prosjektdeltakerne opplever at samarbeidet har profitert på at det har vært enkelt å møtes ansikt til ansikt. Den geografiske nærheten mellom tjenestene har ført til at de ansatte har kunnet møte hverandre regelmessig. Gjennom møtene har de hatt mulighet til å bli kjent med hverandre og tjenestene. Dette har gitt trygghet og grunnlag for utvikling av tillit. De forteller at de har også at uformelt samvær knyttet til utvikling og drift av tiltakene har hatt betydning for samarbeidet, og den korte reiseveien har bidratt til å senke terskelen for å bruke tid på slikt uformelt samvær.

Ansatte beskriver at det er smidig og fleksibelt med kort vei mellom tjenestene.

Familieterapeutene er de som har flyttet mest på seg fordi de har kommet til helsestasjonene for å ha samtaler med foreldre. De beskriver at den korte reiseveien har gjort det enklere å prioritere å la foreldrene få tilbud om samtale på helsestasjonen og ikke be dem komme på familievernkontoret. Det har heller ikke vært store omkostninger ved at foreldre ikke har møtt

opp til timer. Gitt den store betydningen foreldrene tillegger at samtalene holdes på helsestasjonen, er betydningen av kort reisevei stor.

4.7 Oppsummering

Det systematiske samarbeidet mellom helsestasjoner og familievernkontorer i prøveprosjektet preges positivt av at tjenestenes felles måloppfatning med prøveprosjektet. Det systematiske samarbeidet har omhandlet utprøving av tiltak i et felt der tjenestene har overlappende ansvarsområder. I prøveprosjektet er dette utnyttet slik at tjenestenes forskjellige kompetanse og plassering i hjelpeapparatet har fungert som ressurs. Evalueringen viser stor grad av gjensidig respekt mellom ansatte i tjenestene, både for organisatoriske rammer og tillit til faglig kompetanse. Gjennom prosjektperioden har det blitt tydelig at lokal ledelse har spilt en avgjørende rolle for at prøveprosjektet har fått prioritet og oppmerksomhet en i travelt hverdag i tjenestene. Den geografiske nærheten mellom tjenestestedene har bidratt til at organisering og gjennomføring har vært opplevd smidig.

5. Hvilke faktorer fremmer godt systematisk samarbeid mellom helsestasjoner og familieverntjenesten?

5.1 Innledning

Tiltak 26 tok utgangspunkt i at et godt parforhold er viktig for barnas oppvekst og at et systematisk forebyggende samarbeid mellom helsestasjon og familievern kan bidra til å styrke det, til barnas beste.

Evalueringen av prøveprosjektene i Tiltak 26 har gitt kunnskap hvilke faktorer som hemmer og fremmer godt systematisk samarbeid mellom helsestasjoner og familievernet i arbeidet med styrke parforhold for å trygge barns oppvekst.

I dette kapitlet presenteres en sammenfattende drøfting fra evalueringen med hovedfokus på innsikter om hvilke faktorer som har fremmet systematisk samarbeid om forebyggende arbeid i prøveprosjektet. Gjennom kapitlet gis anbefalinger om områder som bør vektlegges for styrking av det systematiske samarbeidet mellom tjenestene. Til sist gir en anbefaling om videreføring og videreutvikling av prøveprosjektet.

5.2 Tjenestene har småbarnsforeldre som felles målgruppe

Evalueringen har tydeliggjort at familievernet og helsestasjonen opplever at parforholdet i spe- og småbarnsfamilier er et område med relevans for begge tjenester. Tjenestene har forskjellige utgangspunkt for å tematisere og tilby tiltak for å styrke parforhold. Like fullt synes det opplevde fellesskapet om betydningen av å bidra til at foreldre lever i gode parforhold til barns beste å være avgjørende for samarbeidet tjenestene i mellom. Det skaper tillit og motivasjon for å ta ut potensialet tjenestene representerer til sammen.

For at parforholdet skal kunne bli og forbli et felles anliggende for forebyggende arbeid, er det vesentlig at tjenestene videreutvikler strukturer som samarbeid som er egnet til å fremme begge tjenesters forebyggende formål. Gjennom prøveprosjektet Tiltak 26 er det blitt klart at helsestasjonens posisjon utgjør en helt spesiell og grunnleggende ressurs i de strukturene.

- Det systematiske samarbeidet mellom helsestasjon og familievernet fremmes av at tjenestene, med hvert sitt utgangspunkt, har foreldre i små- og spebarnsfasen som felles målgruppe for virksomhetene

5.3 Tjenestenes ressurser og fortrinn forenes

Evalueringen av Tiltak 26 har tydeliggjort helsestasjonens og familievernets særegne ressurser og bidrag i det forebyggende arbeidet med å styrke parforhold til barns beste. Den har vist at de to tjenestenes selvstendige bidrag kan forsterkes vesentlig gjennom systematisk samarbeid om forebygging. Det gjelder særlig forebygging med innsatser på universelt og selektivt nivå, men innsatser på indikativt nivå er også naturlig å innlemme i samarbeidet.

Helsestasjonens unike ressurser

Helsestasjonen har lav terskel. Å oppsøke helsestasjonen oppleves for de fleste som normalt og uproblematisk. Alle kommuner har helsestasjon og nær alle spe- og småbarn følges opp fra helsestasjonen. Gjennom oppfølging i svangerskap og etter fødsel og i spe- og småbarnstiden opparbeider jordmødre / helsesøstre et tillitsforhold til foreldrene. Det øker muligheten for å identifisere sårbare familier. Posisjonen gir mulighet for forebygging, informasjon, råd og veiledning og henvisning til for eksempel familieterapeut for samtaler. Helsestasjonen er en arena der det kan drives forebyggende virksomhet med universelle, selektive og også med indikative innsatser.

Ansatte på helsestasjonen erfarer at mange av foreldrene de møter opplever det strevsomt å bli foreldre og at det for mange er belastende for parforholdet og får konsekvenser for barnas oppvekstmiljø. Tidlig hjelp til disse foreldrene er å forebygge konsekvenser for barna. Samtidig er utfordringer i parforholdet et tema det kan være vanskelig å snakke om. Å oppsøke familievernkontoret for å be om hjelp kan oppleves som problematisk og stigmatiserende. Evalueringen av Tiltak 26 har vist at både helsestasjonsansatte og foreldre mener det er et behov for at parforholdet og relasjonen foreldrene i mellom blir tematisert tidlig gjennom helsestasjonens forskjellige tiltak for oppfølging av familier. Det kan gjøres gjennom eksisterende struktur for oppfølging av barn og foreldre med faste konsultasjoner i det anbefalte helsestasjonsprogrammet¹, og gjennom grupper og kurs.

Det er viktig at helsesøstre og jordmødre har kunnskap om sider ved parrelasjonens betydning og at de har ferdigheter i å tematisere det i samtaler, kurs og informasjonsarbeid. Helsesøster- og jordmorutdanningene bør involveres og få i oppgave å fremme dette anliggende som del av utdannelsene.

¹ <https://helsedirektoratet.no/Documents/NFR/helsestasjon-skolehelsetjenesten/basisundersokelser-i-helsestasjonsprogrammet.pdf>

- Helsestasjonens lavterskelprofil gir et godt grunnlag for at det systematiske samarbeidet mellom tjenestene kan lykkes
- Helsestasjonsansatte bør tematisere og følge opp parforholdsdimensjonen ved foreldreskapet i sin oppfølging av spe- og småbarnsforeldre og bistå foreldre som trenger det med å etablere kontakt med familievernkontoret
- Helsesøster- og jordmorutdanningene må få ansvar for å gjøre studentene kjent med familievern tjenestens tilbud og tematisere både betydningen av et godt parforhold for foreldres psykiske helse og barns oppvekstvilkår og betydning av systematisk samarbeid med familievernet

Familievernets unike ressurser

I likhet med helsestasjonen, er familievernkontoret også et åpent, gratis tilbud til foreldrene og familier. Det kreves ikke henvisning selv om familievernkontoret tilbyr spesialistkompetanse. Familievernkontoret skal, som helsestasjonen, også arbeide forebyggende og har veiledning, informasjon og undervisning rettet mot hjelpeapparatet og publikum som del av sitt mandat. Terskelen for å oppsøke familievernkontoret oppleves imidlertid betydelig høyere enn for å oppsøke helsestasjonen.

Familievernet har kompetanse knyttet til hele spekteret av vansker og utfordringer i parforhold og foreldreskap. Familievernkontorets kompetanse er en kjerneressurs i det systematiske samarbeidet med helsestasjonen for å styrke parforhold i barnefamilier for å hindre negativ utvikling som får konsekvenser for barn.

Evalueringen har vist at familievernkontorets kompetanse med fordel både kan brukes direkte forebyggende til barns beste ved samtaler på helsestasjonen med foreldre som opplever utfordringer i parforholdet. Kompetansen kan også få stor betydning når den utnyttes i form av opplæring, trening og veiledning av ansatte i helsestasjonene.

Familievernkontorets kompetanse anbefales rettet bredt inn mot styrking av helsestasjonenes foreldrestøttende forebyggende arbeid.

- Familievernkontorenes kompetanse bør brukes aktivt forebyggende overfor foreldre i det foreldrestøttende arbeidet på helsestasjonen
- Familievernets kompetanse bør brukes til opplæring og veiledning av ansatte i helsestasjonene

Ansatte i tjenestene må ha kjennskap til hverandre

Når begge tjenesters tilbud til målgruppen er gjensidig godt kjent er det lettere å utnytte kompetanse og andre ressurser på tvers av dem. Da prøveprosjektet startet var familievernkontorets tilbud ukjent for mange av de ansatte i helsestasjonen.

Evalueringen av Tiltak 26 har tydeliggjort at det har stor betydning for det systematiske samarbeidet og utnyttelsen av ressursene tjenestene imellom at ansatte i helsestasjonen ikke bare kjenner til familievernkontoret som tjeneste, men også i noen grad kjenner til familieterapeutene på familievernkontoret. Det synes naturlig at familievernkontorets oppgave med informasjon og veiledning av hjelpeapparatet også bør planlegges med tanke på å styrke tjenestenes og ansattes kjennskap til hverandre. Det kan være fagdager, felles seminarer og samarbeidsprosjekter, tilstedeværelse ansikt til ansikt og mer nettbaserte møteplasser.

- Det anbefales at det utvikles og prøves ut strukturer og møteplasser der ansatte i begge tjenester kan møtes og opparbeide tilstrekkelig kjennskap om både tjenestetilbud og ansatte
- Møteplasser bør utvikles på ulike flater og inkludere for eksempel digitale løsninger og ta høyde for kommunenes ulike størrelser og geografiske plassering i forhold til familievernkontoret

5.4 Det systematiske samarbeidet forankres på flere nivåer

Helsestasjonen er kommunalt ansvarsområde og familievernkontoret statlig. På tvers av myndighetsstrukturene har begge tjenester et forebyggende samfunnsmandat som skal utøves lokalt. Det er ingen felles myndighet med ansvar eller instruksjonsmyndighet for begge tjenestene. Gjennom prøveprosjektet har tjenestene vist at forskjeller i myndighetsstruktur ikke er til hinder for å utvikle godt systematisk samarbeid lokalt. Samtidig er det uklart hvordan instruksjon og tilrettelegging for samarbeid skal kunne gjøres gjeldende på lokalt nivå uten at systemnivået høyere opp er involvert.

Prioritering og aktualisering lokalt

Evalueringen viser at det har vært av avgjørende betydning at den lokale ledelsen er involvert i utforming og oppfølging av det systematiske samarbeidet mellom tjenestene om forebyggende virksomhet. Den har også vist at siden satsninger på samarbeid med en annen tjeneste krever prioritering av personalressurser, skapes forskyvninger i oppgaver mellom

ansatte internt i tjenesten. For at tjenestene skal absorbere disse forskyvningene og anerkjenne prioriteringene av forebyggende innsats, er forankring blant alle ansatte en faktor som fremmer systematisk samarbeid.

Evalueringen viser at regelmessig aktualisering av tematikken for samarbeidet er viktig for å opprettholde legitimitet og gjennomføring av det forebyggende arbeidet. Dette har fremstått i prøveprosjektet som en lederoppgave som må utøves kontinuerlig på begge tjenestesteder.

- Det anbefales at systematisk samarbeid mellom helsestasjon og familievernkontoret er del av lederansvaret på tjenestenivå i begge tjenester

Systemnivåets betydning

Evalueringen av Tiltak 26 viser at systemnivåene nasjonalt, regionalt og kommunalt også har hatt betydning for helsestasjonens og familievernkontorenes etablering av systematisk samarbeid om foreldrestøttende arbeid til barns beste. Systemnivåene må gi tydelige signaler om forventinger om tjenestenes kjennskap til hverandres tilbud og om systematisk samarbeid mellom dem. Systemnivåenes forventinger og krav til måloppnåelse og rapportering har konsekvenser for hva som prioriteres på tjenestenivå.

Det kommunale selvstyret og den store variasjonen i kommunestørrelse gjør at kommunene har organisert sine tjenester og personalressurser for barn og familier forskjellig. Det må derfor åpnes for lokal variasjon i utforming, men bør være tydelig hvilke områder, oppgaver og roller som skal dekkes av tjenestene i fellesskap gjennom samarbeid.

Systemnivåene må få ansvaret for at mål og virkemidler blir oversiktlige. Krav til tjenestene fra systemnivå må fremme det systematiske samarbeidet lokalt.

- Systemnivået bør gi en anbefaling om at det inngås systematisk samarbeid mellom helsestasjoner og familievernkontor om forebyggende arbeid for felles målgruppe
- Anbefalingen bør inneholde overordnede mål for det systematiske samarbeid mellom helsestasjoner og familievernkontor
- Systemnivået bør legge til rette for at mål- og rapporteringsregimer er tilpasset systematisk samarbeid mellom tjenestene og satsing på forebyggende arbeid

5.5 Videreføring og videreutvikling av erfaringer fra Tiltak 26

Lokal organiseringen, geografisk beliggenhet, størrelse og ressursituasjon i kommunene gjør at det vil være stor variasjon når det gjelder hvordan samarbeidet mellom familievernnet og helsestasjonene bør organiseres rent praktisk.

I Tiltak 26 er det prøvd ut ressursintensive samarbeidsformer, for eksempel at familieterapeuter fra familievern tjenesten tilbyr samtaler til foreldre på helsestasjonen.

Utprøvingen har vist at det er vurdert som en suksess for alle involverte parter.

Prøveprosjekttiltaket med familievernnet tilstede på helsestasjonen har gitt verdifull kunnskap for tjenesteutviklingen, men er ikke bærekraftig praktisk og økonomisk i dagens ressursituasjon for implementering i alle kommuner. Familievernnet er en tjeneste der få ansatte skal dekke et stort omland både når det gjelder geografi og populasjon. Det er nødvendig å utvikle måter å sikre det systematiske samarbeidet på i større skala under forskjellige forutsetninger. Det gjelder både for å få et mer differensiert utbud av samarbeidsformer, og for å utvikle tiltak som kan styrke familievernkontorenes muligheter til å utnytte sine ressurser på dette området optimalt overfor hele regionen de dekker.

- Det anbefales at helsestasjoner og familievernkontor inngår systematisk samarbeid om forebyggende arbeid overfor spe- og småbarnsforeldre
- Erfaringene fra Tiltak 26 kan med fordel tas i bruk som grunnlag for utvikling av mer og bedre systematisk samarbeid mellom tjenestene
- Familievernkontorenes store geografiske nedslagsfelt tilsier at det også er nødvendig å utvikle og prøve ut samarbeidsformer og metoder som er tilpasset variasjon i kommunestørrelse og geografiske avstander
- Det bør utvikles bærekraftige samarbeidsformer med særlig vekt på å utnytte kompetansen og ressursene som er tilgjengelige i og mellom nærliggende kommuner og det familievernkontor de tilhører
- Bruk av digitale løsninger bør inngå i slik utprøving

Litteratur

- Andenæs, A. & Haavind, H. (1987). *Små barns livsvilkår i Norge*. Oslo:Universitetsforlaget.
- Andenæs, A (1996). *Foreldre og barn i forandring*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Antonovsky A. (1987) *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco
- Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V & Bennett C (2012) Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jun 13;6:CD002020. doi: 10.1002/14651858.CD002020.pub3.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2008) St.meld. nr. 8: Om menn, mansroller og likestilling. Oslo.
- Bergen Kommune. (2009) Rapport fra prosjektet: "Helsestasjon for hele familien". Bergen.
- BLD (2014). En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017).
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Tiltaksplan-for-a-bekjempe-vold-og-seksuelle-overgrep-mot-barn-og-ungdom-2014-2017/id2344450/>
- Borren, I. og Helland, S. S. (2013): *Intervensjoner for å dempe foreldrekonflikt – en kunnskapsoversikt*. Rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Carlson J, Edleson J, Kimball E.(2014) First-Time Fathers' Experiences of and Desires for Formal Support: A Multiple Lens Perspective. *Fathering*. 12(3):242-61.
- Deave T1, Johnson D, Ingram J. (2008) Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. Jul 29;8:30. doi: 10.1186/1471-2393-8-30.
- Fägerskiöld A.(2006) Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.(20):79-85.
- Flacké, A Kleppe. (2005).SAMARBEID PÅ TVERS ELLER TVERKE? Om samarbeid mellom barnevern og familievern i familier der foreldra er i alvorleg og langvarig konflikt om barn. Masteroppgave Høgskolen i Volda.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Kommuneforlaget.
- Glavin K., Tveiten S., Økland T. & Hjälmhult E. (2016) Maternity groups in the postpartum period at well child clinics –mothers' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. Nov 22. doi: 10.1111/jocn.13654.

Helsedirektoratet (2018). Nasjonal retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> IS-nummer: **2582**

Hjälmhult E & Lomborg K (2012) Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Dec;26(4):654-62.

Justis- og beredskapsdepartementet (2014): Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014– 2017 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/et-liv-uten-vold/id733697/>

Knudsen H. (2004) Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I Repstad, Pål (2004) *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo

Leahy-Warren P, McCarthy G & Corcoran P (2012) First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs* Feb;21(3-4):388- 97.

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

Meld. St. 24 (2015-2016) Familie – ansvar, frihet og valgmuligheter. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20152016/id2483146/sec1>

Neumann, C. B., & Snertingdal, M. I. (2013). Kunnskap, kartlegging og tidlig intervensjon ved helsestasjoner. *Rus & samfunn*, 7(04), 28-30.

Neumann, C. B. (2008). Helsesøstres dilemmaer: kategoriseringer, tvil og grensefigurer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(03), 268-277

Neumann, C. B. (2009). *Det bekymrede blikket. En studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Novus forlag

Premberg Å. (2011) Förstagångsfäders upplevelser av föräldrautbildning, förlossning och första året som far. Göteborg: Sahlgrenska akademien, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Universitetet i Göteborg.

Rege M, Solli I. (2010) The Impact of Paternity Leave on Long-Term Father Involvement. CESifo Working Paper Series. 2010;No 3130.

Skjøthaug T. (2016) Fedres rolle i barnets tidlige utvikling. In: Holme H, Olavesen ES, Valla L, Hansen MB, editors. Helsestasjonstjenesten. Oslo: Gyldendal akademisk. p. 35-97.

Svendsen KH (2010) When two becomes three transition to parenthood can be especially tough for dad. Published 4.2.10 for BarniMagen.

Vangen, S. og Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: E. Willumsen (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid: i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery* Jun;22(2), 169-80.

Willumsen, E. og Ødegård, A. (2012). Felles innsats eller solospill? - En kvalitativ studie om tjenesteyteres samarbeid omkring barn og unge. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, vol 88(04)

Wilsson M & Adolfsson A (2011) Mother's need of support and their expectations of the BVC nurse at the first home visit—an interview study. *Open Journal of Nursing*, 1, 51–5.

Winsvold, A. (2011). Evalueringen av prosjektet: *Sammen for barn og unge-bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Vedlegg:

Vedlegg:

Samarbeidsavtale mellom familievernkontoret i og kommune

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret tiltak 26 i handlingsplanen «En god barndom varer livet ut».

Tiltak 26 er et treårig prøveprosjekt i fem kommuner, der familievernet inngår et systematisk samarbeid med helsestasjoner.

Oppdragets ordlyd i tiltaksplanen er:

«Forskning har påpekt at konflikter i parforhold kan bidra til depresjon hos gravide eller nybakte mødre. Et godt parforhold betyr mye for livskvaliteten til foreldrene, og er også svært viktig for barnas oppvekst. Helsestasjonene møter de aller fleste barn til kontroller i de første leveårene, og er en god arena for å kunne fange opp barn og familier i risikosonen». Det skal gjennomføres et treårig prøveprosjekt i fem kommuner der familievernet inngår et systematisk samarbeid med helsestasjoner. Samarbeidet nedfelles i en forpliktende avtale mellom helsestasjon og familievern. Avtalen forankres i kommuneledelsen.»

Kommunenledelsen har ansvar for å:

- godkjenne lokal prosjektplan
- sikre at formålet med det treårige prøveprosjektet inngår i virksomhetsplaner i kommunen.
- Å stå som praktisk arrangør av en felles nasjonal prosjektsamling i løpet av den treårige prøveperioden i samarbeid med familievernkontoret (1 gang).

Helsestasjonen har ansvar for å:

- holde kommuneledelsen løpende orientert om prosjektets framdrift.
- delta med minimum 2 medarbeidere.

Familievernet har ansvar for å:

- godkjenne lokal prosjektplan (leder).
- delta med minimum 2 medarbeidere.

Begge parter skal:

- sette opp en lokal framdriftsplan for møter i prosjektet.
-
- utarbeide og følge opp en plan for hvordan de vil samarbeide, og hvilke tiltak som prøves ut.
- loggføre den aktivitet som finner sted underveis, og kan benyttes til dokumentasjon og årlige rapporteringer til direktoratene.
- samarbeide med evaluator.

.....
Sted, dato

.....
Rådmann eller Helsesjef i kommunen

.....
Leder ved familievernkontoret i

KARTLEGGINGSSKJEMA PROSJEKT HELSESTASJON

Familievernkontoret Romerike Kongsvinger har et prosjekt i 2015-2016 der vi tester ut et tilbud til befolkningen fra helsestasjon. Vi håper du kan hjelpe oss med å svare på noen spørsmål – så vi kan se om dette er nyttig med tanke på å fortsette med et slikt tilbud.

Kjønn:

Mann

Kvinne

Familie relasjon:

Barn:

Foreldre:

Hadde du hørt om familievernet før nå?

Ja

Nei

Ville du tatt kontakt med familievernet hvis tilbudet ikke var på helsestasjon?

Ja

Nei

Kanskje

Trolig hadde det ikke blitt noe av

Var det vi snakket om i dag nyttig for deg og din familie? (marker på linjen)

1 — 2 — 3 — 4 — 5 →

(1= ikke det jeg hadde behov for, 5= det var akkurat det vi hadde behov for)

Takk for at du tok deg tid til å svare!

Hilsen Familievernkontoret Romerike Kongsvinger

