



FORSKNINGSRAPPORT **NR. 5/2012**

FOREBYGGENDE FAMILIETEAM 2008-2011 - FORSØK MED FAMILIEAMBULATORIET I VESTRE VIKEN HF

EN FORSKNINGSBASERT EVALUERING

Bengt Karlsson



HØGSKOLEN
i Buskerud

FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

➔ INSTITUTT FOR FORSKNING INNEN PSYKISK HELSE OG RUS

”Forebyggende familieteam” – 2008-2011 – ”Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF” – en forskningsbasert evaluering.

ISBN: 978-82-8290-004-1

Layout omslag: Solveig Stormo Johansen og Ingvild Stokka, Høgskolen i Buskerud.

© IFPR – Institutt for forskning innen psykisk helse og rus, fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud.

Institutt for forskning innen psykisk helse og rus
Høgskolen i Buskerud.

Grønland 58
3045 Drammen

E-post: postmottak@hibu.no

Hjemmeside: <http://www.hibu.no/ifpr/>

IFPRs publikasjoner kan fritt siteres ved tydelig angivelse av kilde.

Publikasjoner fra IFPR som omtales, anmeldes eller henvises til, bes sendt til Instituttet.

Forskningsbasert evaluering av
”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 –
”Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”.

Bengt Karlsson

Drammen 2012
Høgskolen i Buskerud
Fakultet for helsevitenskap
Institutt for forskning innen psykisk helse og rus

Sammendrag

Bakgrunn

Forebyggende familieteam (FFT), Asker DPS, Vestre Viken HF ble startet oktober 2008 og har siden vært i klinisk drift. Teamet er prosjektorganisert som ”Forebyggende familieteam” – 2008 – 2011 - ”Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”, finansiert gjennom øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsgiver har ønsket en evaluering av FFT innen utgangen av 2011. En forskningsbasert evalueringsstudie er gjennomført av Institutt for forskning innen rus og psykisk helse (IFPR), Høgskolen i Buskerud.

Problemstilling

Styringsgruppen for FFT har avgrenset studien til to hovedområder; 1. Den kliniske virksomheten ved FFT, og 2. Organiseringen av FFT. Disse to hovedområdene er ytterligere spesifisert i følgende forskningsspørsmål: 1. Hvordan fremstår familieteamet som et lavterskeltilbud for den angitte målgruppen? og 2. Hvordan beskrives og vurderes teamets organisering og samarbeid relatert til kommune- og spesialisthelsetjenesten i Asker og Bærum kommuner? Evalueringen retter seg mot organisatorer, brukere og samarbeidspartnere i prosjektet i perioden 2008- 2011.

Metode

Den metodiske tilnærmingen er både kvantitativ og kvalitativ gjennom systematisk innsamling og analyse av demografiske data, nettbaserte undersøkelser fra brukere og ulike samarbeidspartnere. I tillegg er det gjort fokusgruppeintervjuer med henholdsvis et strategisk utvalg av samarbeidspartnere og de ansatte i det forebyggende familieteamet.

Funn

Funnene er organisert i fire områder; 1. Demografiske gruppedata av brukere, 2. Spørreundersøkelse av brukere, 3. Spørreundersøkelse av samarbeidspartnere, 4. Fokusgruppeintervju med samarbeidspartnere og 5. Fokusgruppeintervju med ansatte i FFT.

Konklusjon

Relatert til forskningsspørsmålene for denne studien er det forskningsmessig grunnlag for å konkludere slik:

1. Forebyggende familieteam fremstår som et lavterskeltilbud i faglig og organisatorisk for personer henvises eller selv ønsker kontakt med teamet.
2. Forebyggende familieteam arbeider med og mot den definerte og beskrevne målgruppen.
3. Forebyggende familieteam beskrives som en overgripende brobygger mellom ulike tjenestetilbud og som familiens følgesvenn i samarbeidet med og mellom tjenestetilbudene.
4. Forebyggende familieteam vurderes som fleksible, samarbeidsorienterte og tillitskapende både av brukere og samarbeidspartnere.
5. Forebyggende familieteamets faglige kompetanse vurderes som fler- og tverrfaglig relevant og meget god både av brukere og samarbeidspartnere.
6. Forebyggende familieteam har utfordringer knyttet til avklaring av kompetanse- og ressursbruk med deler av spesialisthelsetjenesten samt å gjøre teamet ytterligere kjent blant kommunale tjenestetilbud og fastleger.

Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR), Høgskolen i Buskerud.

IFPR arbeider for å utvikle et solid forskningsmiljø i samarbeid med personer med brukererfaring, pårørendeerfaring, klinisk erfaring, forskere og beslutningstakere. Instituttet ønsker å bidra til styrking og utvikling av den nasjonale og internasjonale kunnskapen innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem områder; 1. Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper, 2. Person- og kontekstsentrerte tilnærminger, 3. Familie- og nettverksperspektiver, 4. Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet og 5. Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid i kliniske praksiser.

I tillegg driver instituttet en rådgivende og konsultativ funksjon overfor kommuner, brukerorganisasjoner, helseforetak og myndigheter, bidrar til utvikling og gjennomføring av utdanning og kompetanseutvikling, er en hospiteringsarena for gjesteforskere og samarbeidspartnere, samt bidrar til å styrke forskerkompetansen ved Fakultet for helsevitenskap, HiBu. Forskningen ved instituttet vektlegger kontekst i forståelsen av psykisk helse og psykiske helseproblemer, og for utøvelsen av psykisk helsearbeid. Lokalmiljøet er konteksten for hvor psykisk helsearbeid skal utvikles. Sentrale områder er arbeid, bolig, skole, fritid, lokalmiljø og de sosiale og materielle livsbetingelsene. Folkehelseperspektivet med vekt på å fremme helse og sosialt liv på individ-, gruppe og samfunnsnivå, gjennom velvære og velferd, har også grunnleggende betydning for personers psykiske helse og i psykisk helsearbeid. Forskningen ved IFPR skal også synliggjøre at de sammenhenger og situasjoner der folk lever og bor kan bidra til å lindre eller å forsterke psykiske helseproblemer, så vel som at det sosiale og kulturelle mangfoldet kan støtte psykisk helse og bedring. Instituttet legger stor vekt på tverrfaglighet og brukerinvolvering i prosjektutvikling og gjennomføring. Instituttet har kompetanse innen kvalitative, kvantitative, triangulerende og blandede metodologier.

Prosjektnummer	94808 - Forskningsbasert evaluering av Forebyggende familieteam 2008-2011.
Virksomhetsnavn	Institutt for forskning innen psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap, Postboks 7053, 3007 Drammen.
Besøksadresse	Papirbredden - Drammen kunnskapspark Grønland 58, 3045 Drammen.
Telefon og fax	32 20 64 00 - 32 20 64 10
E-post og kontaktperson	Professor Bengt Karlsson, leder av IFPR: bengt.karlsson@hibu.no – tlf. 90 64 90 78.
Hjemmeside	http://www.hibu.no/ifpr/

Innholdsfortegnelse:

Kapittel 1. Innledning	s. 7.
1.1. Bakgrunn	s. 7.
1.2. Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	s. 8.
1.3. Studiens begrensinger, avgrensinger og relevans	s. 9.
1.4. Rapportens organisering	s. 9.
Kapittel 2. Helsepolitiske føringer og faglige inspirasjoner	s. 10.
2.1. Forebyggende familieteam – faglig innhold og kunnskapsgrunnlag	s. 12.
2.2. Forebyggende familieteam – tjenestetilbud og organisering	s. 13.
Kapittel 3. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen	s. 18.
3.1. Gjennomføring av studien	s. 18.
3.2. Metoder for dataskaping	s. 18.
3.3. Metoder for dataanalyse	s. 19.
3.4. Forskningsetiske refleksjoner	s. 20.
Kapittel 4. Presentasjon av funn	s. 22.
4.1. Demografiske gruppedata - brukere	s. 22.
4.2. Kvantitativ spørreundersøkelse med brukere	s. 27.
4.3. Kvantitativ spørreundersøkelse med samarbeidspartnere	s. 28.
4.4. Kvalitativt fokusgruppeintervju med samarbeidspartnere	s. 30.
4.5. Kvalitativt fokusgruppeintervju med teammedlemmer	s. 34.
Kapittel 5. Diskusjon	s. 41.
5.1. Målgruppe; hvem, hva og hvordan?	s. 41.
5.2. Forebyggende familieteam – et lavterskeltilbud?	s. 44.
5.3. Forebyggende familieteam – samarbeid og organisering	s. 46.
5.4. Konklusjoner	s. 49.
Referanseliste	s. 51.
Vedlegg	s.53-73.

Kapittel 1. Innledning – ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - ”Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”.

1.1. Bakgrunn

Forebyggende familieteam (FFT), Asker DPS, Vestre Viken HF ved rådgiver Elin Kufås, gjorde i juli 2011 en skriftlig henvendelse til Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IPFR). Kufås inviterte, på vegne av FFT, IPFR til å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - ”Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”. I møte med styringsgruppen for FFT den 24. august bekrefter styringsgruppen oppdraget og kontrakt ble inngått med Styringsgruppen for forebyggende familieteam ved leder Torgeir Vethe. Forebyggende familieteam er prosjektorganisert under Asker DPS, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF. Teamet har kommunene Asker og Bærum som sitt opptaksområdet. Prosjektet er finansiert gjennom øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (1). FFT startet opp sitt kliniske arbeid i oktober 2008.

Den overordnede målsettingen med Forebyggende familieteam kan relateres til følgende forhold:

1. Fange opp, og tilby, gravide og familier med barn i aldersgruppen 0-6 år hvor en forelder har et psykisk problem og /eller vansker med rus, nødvendig hjelp og oppfølging for å kunne:
2. Forebygge skader og komplikasjoner i fosterlivet
3. Sikre barnet trygge oppvekstvilkår sammen med kompetente voksenpersoner
4. Styrke mor og far i deres foreldrekompetanse
5. Fremme en optimal utvikling hos barnet fysisk, psykisk og sosialt
6. Forebygge feilutvikling, omsorgssvikt og overgrep
7. Forebygge at barnet selv utvikler psykiske vansker eller rusmiddelproblemer

I familieteamets prosjektbeskrivelse er den overordnede målsettingen brukket ned i fem delmål:

”Delmål 1: *Å fange opp* handler om tiltak for både å oppdage gravide /familier i målgruppen, og å opprettholde kontakten med dem. Viktig at dette skjer så tidlig som mulig både i svangerskap og småbarnstid. Dette for å forebygge rusmiddelrelaterte skader på fosteret, og komplikasjoner som kan følge med store psykiske belastninger i svangerskapet. Belastede familier må fanges opp tidlig nok til at man kan forebygge at barnet utvikler egne problemer.

Delmål 2: *Nødvendig oppfølging* handler om at familien får den bistand som skal til, for at målsettingen skal oppnås. Innsatsen skal være forebyggende, og kontinuerlig til barnet når skolealder. Den skal ikke erstatte behandlingsopplegg eller annet tilbud, men være et supplement og en klinisk støttefunksjon i tett samarbeid med andre som bistår familien.

Delmål 3: *Trygge oppvekstvilkår* innebærer at barnet får den nødvendige omsorg, at det gis adekvat kontakt og stimulering i samspill med trygg(e) omsorgsperson(er), og gis nødvendig beskyttelse. Dette innebærer at barnet ikke utsettes for voldelig, seksuell eller psykologisk traumatisering, vanskjøtsel eller negativ rollemodellbygging.

Delmål 4: *Foreldrekompetanse* innebærer at mor og /eller far er i stand til å tilby barnet trygge oppvekstvilkår som nevnt over, og til å sette egne behov til side til fordel for barnet.

Delmål 5: En *optimal utvikling* ses i sammenheng med barnets medfødte egenskaper og eventuelle vanskeligheter” (2, s.6).

1.2.Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

I Oppdragsdokument 2011 Helse Sør-Øst RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet står det i Kap. 781, post 79 Andre tilskudd (Barn som pårørende): ”Det tildeles 2,5 mill. kroner til videreføring av forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF. (.....). Helse Sør-Øst RHF er ansvarlig for at forsøket evalueres i 2011” (3, s.9). På denne bakgrunn har Asker DPS ved styringsgruppen for familieteamet avgrenset den forskningsbaserte evaluering til å gjelde to hovedområder. Det ene er knyttet til den kliniske virksomheten ved FFT, og den andre er knyttet til organiseringen av FFT. Disse to hovedområdene er ytterligere spesifisert i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan fremstår familieteamet som et lavterskeltilbud for den angitte målgruppen?
2. Hvordan beskrives og vurderes teamets organisering og samarbeid relatert til kommune- og spesialisthelsetjenesten i Asker og Bærum kommuner?

Evalueringen retter seg mot organisatorer, deltakere og samarbeidspartnere i prosjektet i perioden 2008- 2011. Evalueringen tar utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av skriftlige dokumenter som er tilgjengelige i form av: Årlige rapporter fra prosjektleder, nettbaserte undersøkelser fra brukere og ulike samarbeidspartnere og demografiske beskrivelser av pasientportefølje. I tillegg er det gjort fokusgruppeintervjuer med henholdsvis et strategisk utvalg av samarbeidspartnere og de ansatte i det forebyggende familieteamet. Studien vil særlig utforske hvordan organiseringen og innholdet i tjenestetilbudet har bidratt til å fange opp den ønskede målgruppen, fremstått som et lavterskeltilbud og bidratt til økt samarbeid mellom ulike faglige instanser i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

1.3.Studiens begrensinger, avgrensinger og relevans

Evalueringsstudien har funnet sted i perioden 24. august til 15. desember 2011. Studien er avgrenset i relasjon til studiens hensikt og forskningsspørsmål som er angitt over. Studien har hatt tre hovedkilder for data: 1. Eksisterende demografiske og statistiske gruppedata om brukere av teamet fra oktober 2008 og til d.d., 2. Kvantitative spørreundersøkelser fra 2011 rettet mot brukere og samarbeidspartnere i kommune- og spesialisthelsetjenesten og 3. Kvalitative data innsamlet i oktober 2011 gjennom fokusgruppeintervjuer med et strategisk utvalg av samarbeidspartnere og av ansatte i teamet. Studien har sin begrensning i at den fremskaffer lokale kunnskap om teamet ved Asker DPS. Studiens resultater kan ikke på denne bakgrunn generaliseres. Samtidig er den lokale kunnskapen utviklet gjennom tre års klinisk virksomhet og bredt grunnlag av datakilder. I tillegg er studien vitenskapelig fundamentert i både kvantitativ og kvalitativ metodologi og kan slik omtales som å ha høy gyldighet og relevans.

1.4.Rapportens organisering

Etter dette innledende kapittelet vil det i kapittel 2. redegjøres kort for de helsepolitiske føringer og faglige inspirasjonskilder som ligger til grunn for teamets opprettelse og arbeid. I kapittel 3 vil en gi metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen. Hovedvekt vil bli lagt på kapittel fire hvor presentasjonen av studiens funn vil bli fremstilt. Kapittel 5 vil diskutere funnene i relasjon til studiens hensikt, forskningsspørsmål og på denne bakgrunn gi en konklusjon.

Kapittel 2. Helsepolitiske føringer og faglige inspirasjoner

Fra statlig hold har det gjennom lengre tid vært fokus på tidlig intervensjon og forebygging generelt i målgruppen som sliter med samtidig psykisk uhelse og rusvansker. Særlig har det vært ønske om å utvikle tilbud knyttet til forebygging og tidlig intervensjon for gruppen av gravide og foreldre med små barn. Barn og unge var en prioritert gruppe i Opptappingsplanen for psykisk helse 1998 – 2008 (4). I Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (Oppfølging av born som pårørende) (5) fremmes det en rekke tiltak som skal sørge for at barn får bedre oppfølging når en forelder mottar helsehjelp for psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. I en kunnskapsoppsummering knyttet til lovforslaget vises det til at det er store mangler i den måten helsetjenesten følger opp barn og unge med foreldre med samtidige vansker. Konkret fremholdes det at barn som pårørende faller utenfor eller ikke blir tatt tilstrekkelig vare på i det ordinære hjelpeapparatet. Særlig pekes det på at det er svært få tilbud i psykisk helsevern for voksne som har tilbud til barn som pårørende. En viser også til forskningsbasert kunnskap om at mer en 50 % av pasienter som er i behandling for rusavhengighet selv har opplevd alvorlige rusproblemer hos foreldrene sine.

I Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i 2007 (6) vektlegges det spesialisthelsetjenestens ansvar for å iverksette forebyggende tiltak for barn av foreldre med psykiske vansker eller rusmiddelproblemer. I oppdragsdokumentet fra (HOD) i 2008 (1) vises det til at som et ledd i Handlingsplanen mot fattigdom ble bevilget 20 mill. kroner til tiltak for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige. Som en følge av dette ble Vestre Viken HF tildelt midler til videreføring av forsøket med familieambulatorimodellen i form av Forebyggende familieteam. I følge HOD var målsettingen at "...regionale helseforetak skal sørge for at barn av foreldre med psykiske lidelser eller rusavhengighet skal identifiseres og bli vurdert i forhold til eventuelle hjelpetilbud samt motta tilpasset oppfølging" (1, s.1). Den overnevnte tildeling har siden blitt opprettholdt i oppdragsdokumentene for 2009, 2010 og 2011. Dette har bidratt til at Forebyggende familieteam har arbeidet klinisk i over tre år siden oktober 2008. Vestre Viken HF har siden 1998 fokusert på forebyggende tiltak for barn med psykisk syke foreldre. Målsettingen har vært å styrke foreldrekompetansen i den enkelte familie, og sikre barnas behov for omsorg, informasjon og helsetjenester (7). Samtidig har helseforetaket ønsket å etablere et mer helhetlig og effektivt tilbud til de minste barna og deres foreldre. Målsettingen har vært å initiere et forebyggende tilbud allerede i graviditeten og fortsette frem til skolealder knyttet til målgruppen barn av foreldre med et problematisk forhold til psykisk helse og rusmidler.

Barn av foreldre med psykiske vansker og /eller et problematisk forhold til rusmidler, er i alle faser av barndommen utsatt for faktorer av både biologisk og psykososial karakter, som kan føre til en uheldig utvikling. I fosterlivet kan rusmiddelpåvirkning, psykisk stress og dårlig egenomsorg hos mor føre til risiko for feilutvikling og komplikasjoner (8). Oppveksten kan bli preget av utrygghet og uforutsigbarhet når mor eller far har store problemer selv (9). Hvordan det går med barna, avhenger i stor grad av at den ”syke” foreldereren får riktig hjelp og bistand med egen problematikk, at den ”friske” foreldereren er i stand til å kompensere i dårlige perioder, og at barna blir sett og fulgt opp over tid (7). Det anslås at det i Norge i dag er 130.000 familier som til enhver tid lever med psykisk sykdom eller rusproblemer. Barna i disse familiene betegnes ofte som ”usynlige”, blant annet på grunn av mangelfull systematisk registrering av pasienters barn i avdelinger hvor foreldrene får behandling for rusmiddelproblemer eller psykiske lidelser (10).

2.1. Forebyggende familieteam – faglig innhold og kunnskapsgrunnlag

Forebyggende Familieteam har tre arbeidsmodeller som forbilde for det forebyggende arbeidet med barn og familier.

1. Familieambulatoriet i Danmark.

Familieambulatoriets intervensjonsmodell er en tverrfaglig og tverrsektoriell arbeidsmodell for gravide med rusmiddelproblemer og deres barn. Ambulatoriet er organisert som en spesialpoliklinikk under gynekologisk /obstetrisk avdeling, med funksjoner også i neonatal- og barneavdeling. Målgruppen er gravide med et forbruk av alkohol, illegale rusmidler og avhengighetsskapende medikamenter, og deres barn frem til skolealder. Teamet består av leger, psykologer, sosionomer og jordmødre. Med utgangspunkt i hver sin faglige ekspertise, arbeider det tverrfaglige teamet helhetsorientert med felles ansvar. Innsatsen koordineres og justeres kontinuerlig, med utgangspunkt i klientens behov (11).

2. ”Det Effektive Familieprogrammet” i Finland.

Programmet ble iverksatt i Finland i 2001 for å sikre metoder som kunne gi støtte til familier og barn med psykisk syke foreldre (12). Programmet representerer implementering av en forebyggende og helsefremmende barnefokuseret tilnærming opprinnelig innen psykisk helsevern for voksne. Målsettingen er å fremme barns utvikling, og på lang sikt forebygge psykopatologi og bryte sirkelen av overføring av psykisk sykdom mellom generasjonene. I den forebyggende modellen ønsker man å tilby foreldrene en mulighet til selv å arbeide med disse temaene, og lære hvordan de selv kan hjelpe sine barn. Samtidig understrekes det at man i arbeidet med familier der det er psykiske belastninger

hos foreldrene, alltid må være oppmerksom på eventuelle behov hos barna for beskyttelse eller psykiatrisk behandling.

3. Erfaringer fra Vestre Viken HF's arbeid med pasienters barn.

Prosjektet "Pasienter har også barn" i sykehusets akuttavdeling for psykisk helse ble avsluttet 2001. Etter det innførte den aktuelle avdelingen (7) en praksis som har til hensikt å styrke foreldrekompetansen (15, 16, 17) samt å få barna i tale om sin situasjon. Det ble innført en ordning med barneansvarlig personell og en praksis med å kartlegge situasjonen til pasientenes barn ved innleggelse. I mange tilfelle inviteres pasientens pårørende og /eller barnets andre foresatte og barna til samtale for informasjon og støtte. For gravide og familier med sped - og småbarn er tiden en særs viktig faktor med hensyn til barnets helse og framtidige muligheter. Det var en erfaring og forløper som bidro til forslaget om å opprette et forsøk med institusjonelt barneansvarlig team , i form av FFT, for denne gruppen av familier.

Med inspirasjon i de overnevnte tre arbeidsmodeller kan en si at teamets kunnskapsgrunnlag er basert i følgende: En grunnleggende forståelse av betydningen av prenatale forhold som grunnlag for barnets senere utvikling. Betydningen av spedbarn og barns utvikling i samspill og relasjon til nære omsorgspersoner, og betydningen av svangerskapets spedbarnstidens muligheter for vekst og positiv endring. Dette utvidede kunnskapsgrunnlaget henger nøye sammen med utviklingen av det faglige tjenestetilbud hvor tilgjengelighet, tilpasning, tid og tverrfaglighet er sentrale komponenter. Tilgjengeligheten viser seg ved at teamet ønsker å være lavterskel, oppsøkende, ambulerende og hjemmebasert. Tilpasningen uttrykker seg ved hensyntaken til brukernes varierende behov og ønsker. Tidsaspektet viser seg gjennom ønsket om intervensjon og hjelp tidlig i livet, og tidlig i en mulig utvikling av vansker og kontinuitet over tid i relasjon til barn og familien. Til sist viser tverrfagligheten seg ved samhandling på tvers av fag og nivåer som danner grunnlag for en bred tilnærming og ønsket om en helhetlig tilnærming.

Den brede tilnærmingen rommer et fokus på både styrke og sårbarhet på personnivå, familienivå og samfunnsnivå. På personnivå vil det innebære en forståelse av forelderens og barnets egenomsorg og samtidig behov for helsehjelp; hvordan er forelderens forståelse av og evne til å møte barnets behov i relasjon til primær omsorg, samspill og tilknytning og utviklingsstøtte. Tilsvarende vil en vurdering av barnets tilstand knyttet til fødsel, utvikling og grunnleggende behov. På familienivå vil en forståelse av foreldrenes bakgrunn gjennom generasjonsperspektivet både psykologisk, fysisk og sosialt være viktig. Tilsvarende vil en forståelse på samfunnsnivå knyttes til sosio-økonomiske

forhold, utdanning, arbeid og bolig. Det samme vil gjelde private og offentlig nettverk, kulturell tilknytning og eksistensielle dimensjoner ved livsutfoldelsen.

2. 2. Forebyggende familieteam - tjenestetilbud og organisering Generelle prinsipper og arbeidsmetoder med gravide og familier.

Forebyggende Familieteam skal være en klinisk støttefunksjon, og et supplement til eksisterende tilbud. Man arbeider forebyggende etter en nettverksmodell, der et vidtgående tverrfaglig og tverretatlig samarbeid vektlegges for å sikre helhet, kontinuitet og tilstrekkelighet i oppfølgingen. Teamets forståelse av tverrfaglig samarbeid innebærer at flere fagpersoner arbeider helhetsorientert med felles ansvar, med utgangspunkt i hver enkelts faglige ekspertise (11). Forebyggende Familieteam rådfører seg med aktuelle samarbeidspartnere både internt og eksternt for å vurdere riktig bistand til familien. Man er særlig oppmerksom på å søke råd og bistand hos Barne- og ungdomspsykiatrien, som har en spesiell kompetanse i forhold til utsatte gravide og småbarnsfamilier. Familieteamet skal være et lett tilgjengelig tilbud til målgruppen. Dette betyr at det skal være enkelt og ubyråkratisk for familier og samarbeidspartnere å opprette kontakt med teamet, og at ventetiden skal være kort. Tilbudet skal være fleksibelt og oppsøkende. Hjemmebesøk anses som en velegnet arena for å bli kjent med familien, og tilbys systematisk. Teamet tilbyr tett oppfølging over tid, og tilbudet tilpasses familiens individuelle og vekslende behov. Det legges vekt på å tilby relevant støtte både til den av foreldrene som i utgangspunktet har problemer, og den ”friske”.

Mange familier i målgruppen har en kompleks og sammensatt problematikk, der sosioøkonomiske problemer ofte utgjør en betydelig belastning. Familieteamets sosionom tilbyr råd og veiledning, og bistår familien i kontakten med aktuelle instanser som sosialkontor, NAV, boligkontor etc. Familiens helhetlige situasjon vektlegges, slik at støtte og hjelpetiltak settes inn ved særskilte behov, og egne ressurser stimuleres og styrkes (18). Teamet bistår aktivt til at foreldre /gravide i målgruppen får relevant behandling for sin egen problematikk, noe som kan være av avgjørende betydning for barnet. For få en rett oppfatning av foreliggende problematikk, benytter teamet seg av kjente og utprøvde kartleggingsinstrumenter som The Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, og Parental Stress Scale, PSS. Alkoholbruk i svangerskapet er i følge nyere forskning utbredt, og medfører en betydelig risiko for fosteret (8). Familieteamet har som mål å bidra til at disse kvinnene fanges opp og gis relevant informasjon og oppfølging.

Samtalen er et hovedverktøy i teamets arbeid, og følgende samtalemetoder: 1. Ikke-førende støttesamtaler med fokus på kvinnens /mannens opplevelse av sin egen situasjon, og refleksjon over denne sammen med en aktivt lyttende fagperson. 2. Relasjonsfokuserede samtaler. 3. Informasjon, råd og veiledning etter psykopedagogisk metode med fokus på livsstil, rus, helse, foreldreskap, barnets behov, sosioøkonomiske forhold, aktuelle hjelpetilbud med mer. 4. Motiverende samtaler etter inspirasjon av metoden ”Motivational interviewing”. Spesielt egnet ved ambivalens f.eks. i forhold til rusavholdenhet, behandlingstilbud med mer (18). Anonym kontakt /informasjon kan tilbys på telefon. Et anonymt møte kan også tilbys når familien /den gravide er usikker på å ta imot tilbud om oppfølging fra Forebyggende Familieteam. Hensikten vil være å gi informasjon og legge et grunnlag for en trygg relasjon. Det er ønskelig at henviser er til stede, slik at mor /far bare er anonym for teamet. Ved ønske om fortsatt oppfølging må anonymiteten brytes. Alle henvendelser til teamet drøftes i ukentlige teammøter.

Tilbud i svangerskapet og i forbindelse med fødsel.

Forebyggende Familieteam gir et individuelt tilrettelagt tverrfaglig tilbud til vordende mødre og fedre gjennom følgende kliniske tilnærminger:

Svangerskapsomsorg gis i samarbeid med fødeavdelingen v/ Bærum sykehus, eller 1. linjetjenesten, eller ved å være et støttende team som tilbyr informasjon, råd, veiledning, samtaler, deltakelse på samarbeids- /ansvarsgruppemøter, bistand i kontakt med hjelpeapparatet med mer. Teamet tilbyr abortveiledning eller bistand til slik veiledning, der dette er aktuelt. Teamet er spesielt oppmerksom på at også vordende fedre i målgruppen fanges opp, da man fra flere hold har erfaring med at disse lett overses i en livsfase hvor fokuset naturlig er rettet mot kvinnen (19). Det tilbys lengre og hyppigere konsultasjoner enn etter vanlig kontrollprogram. Nødvendige prøver og undersøkelser tas av den gravide etter gjeldende sentrale retningslinjer og fødeavdelingens prosedyrer.

Ved rusproblematikk legges plan for oppfølging i samarbeid med kommunalt rustiltak, herunder vurdering av behov for innleggelse i institusjon for å sikre rusfritt svangerskap. Der svangerskapskontrollene foretas av Forebyggende familieteam, samarbeides det med fødeavdelingen v/ Bærum sykehus, og med den gravides fastlege. Poliklinikk for rus og avhengighet (PRA) og Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i Vestre Viken HF konsulteres ved behov. Den gravide støttes i sitt ”psykologiske svangerskap”; i utviklingen av en identitet som mor og tilknytningen til barnet i magen (20). Det er individuelt tilrettelagt forberedelse til fødsel og foreldreskap, inkludert skriftlig plan for fødsel og barseltid, og omvisning på føde- og barselavdeling ved behov.

I samarbeid med barselavdelingen gis et individuelt tilrettelagt barselsopphold, med mulighet for innleggelse av far /annen støtteperson sammen med mor, og utvidet liggetid ved behov. Besøk av Forebyggende Familieteam under innleggelse på barselavdelingen tilbys.

Tilbud i småbarnstiden frem til skolealder

Småbarnsfamilier opp til barnets skolealder er velkomne til Forebyggende Familieteam uavhengig av om de har vært fulgt opp av teamet fra svangerskapet /barnets fødsel. Oppfølgingen i sped- og småbarnstiden er i hovedsak hjemmebasert. Hjemmebesøk anses som en velegnet metode for relasjonsbygging, støtte og veiledning. Teamet samarbeider med helsestasjon, fastlege, instanser der foreldre får behandling for psykiske vansker eller rusmiddelproblemer og andre som bistår familien. ”Barnets beste” er et grunnleggende prinsipp for all kontakt, og teamet vil i enhver sammenheng være oppmerksom på barnets behov for beskyttelse, omsorg og helsehjelp, og bistå til at disse behov blir ivaretatt. FFT samarbeider ofte med sped- og småbarnsteamene i BUP, og behov for bistand fra barneverntjenesten vurderes fortløpende.

I kontakten med familien observeres samspill, relasjoner og tilknytning, samt barnets helse og trivsel, og foreldrenes totale ivaretagelse av barnet. Foreldrene støttes i tilknytningen til og samspillet med barnet. Det foreldrebaserte kartleggingsverktøyet ”Ages and Stages Questionnaire”, ASQ, brukes for å følge barnets utvikling.

Barnefokuserte samtaler etter metoden ”La oss snakke om barna” (14) tilbys, der foreldrene blant annet støttes i å vurdere styrke /sårbarhet i barnets situasjon, i relasjon til foreldrenes vansker.

Veiledning i foreldrerollen gis etter psykopedagogisk metode, for å styrke foreldrekompetansen og hjelpe foreldrene til å forstå og selv imøtekomme barnets behov. I familier med problematiske relasjoner tilbys familiarbeid med fokus på barnet, men ordinær familierterapi tilbys ikke av teamet. Teamet vurderer barnets /familiens behov for fortsatt oppfølging etter skolealder, og henviser eller følger familien til rett instans for videre oppfølging.

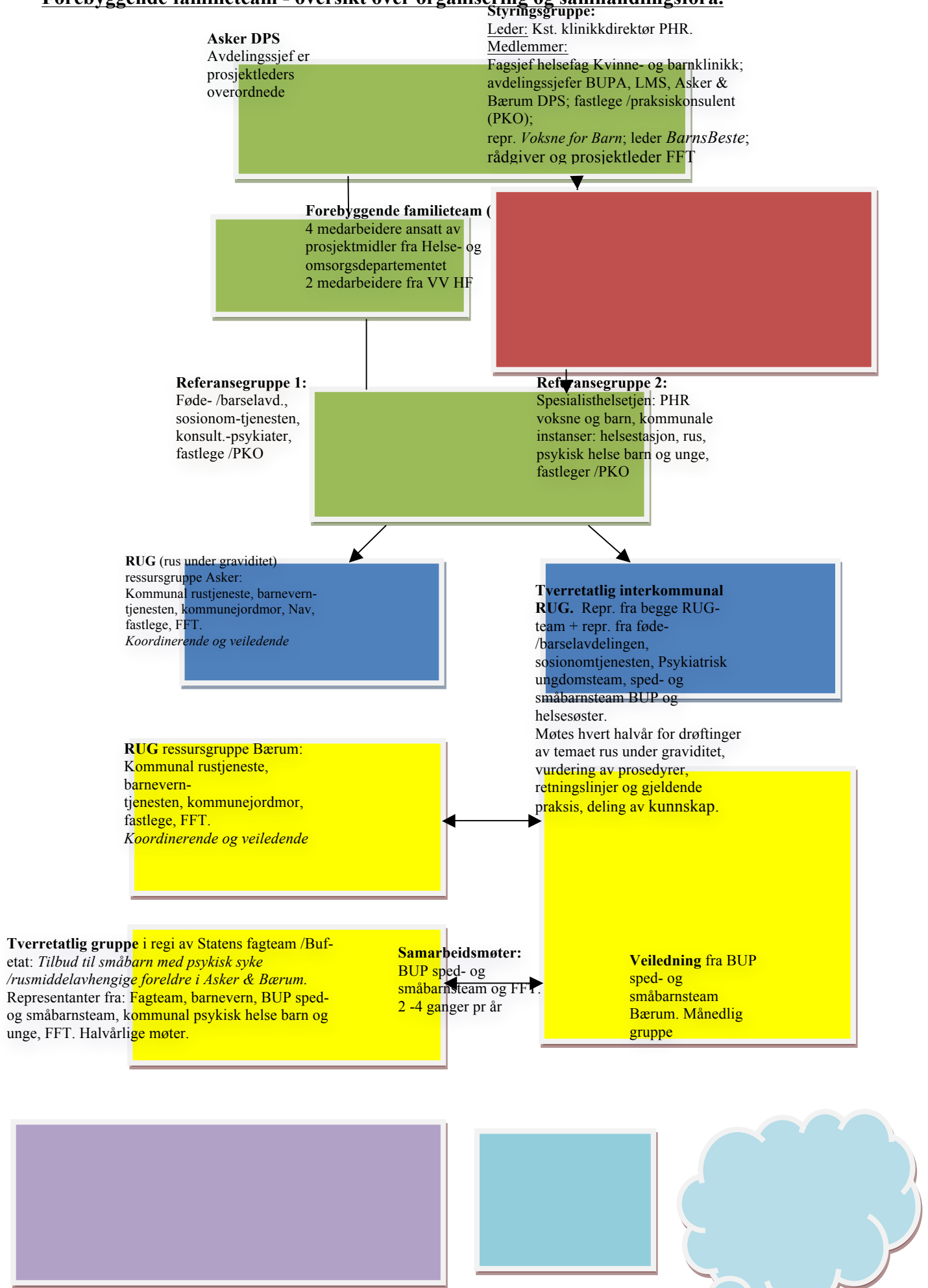
Tilbud til samarbeidspartnere og invitasjon til samarbeid

Forebyggende Familieteam arbeider for en felles forståelse og en gjensidig utveksling av informasjon, råd og veiledning mellom alle som arbeider med målgruppen. Teamet tilstreber å være oppdatert angående aktuelle tjenestetilbud i kommunene Asker og Bærum, eget foretak og enkelte sentrale tilbud utenfor disse områdene, og videreformidle en slik oversikt til alle aktuelle samarbeidspartnere. Teamet tilbyr å ”gå sammen med” både familier og deres hjelpere, for å sikre en mest mulig helhetlig og tilstrekkelig oppfølging. Samarbeidspartnere er velkomne til å ta kontakt for å drøfte aktuell problematikk. Gjennom systematisk dialog og samarbeid på tvers av fag og nivåer, er

målsettingen å unngå at familier blir ”kasteballer” mellom systemene, men får en langsiktig oppfølging preget av kontinuitet og sammenheng (9).

Figuren på neste side forsøker å gi en skjematisk fremstilling av FFT’s organisasjonsmessige plassering i Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken HF. Samtidig søker fremstillingen å fange alle de ulike samarbeidspartnerne som teamet inngår i relasjoner til innenfor andre deler av spesialist- og kommunale helse- og sosialtjenester. Disse relasjonene er både av formell karakter, som fremstilt i figuren, samtidig er de uformelle i betydningen av at ulike fagpersoner møtes i de beskrevne fora. Det uformelle innebærer at fagpersonene knytter kontakter, blir kjent som profesjonelle aktører som igjen bidrar til at samarbeidet med og omkring målgruppen kan gjøres på fleksible måter.

Forebyggende familieteam - oversikt over organisering og samhandlingsfora.



Kapittel 3. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen

Denne forskningsbaserte evalueringsstudien har vært tilknyttet Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR). Prosjektansvarlig har vært dekan Heidi Kapstad og prosjektleder professor Bengt Karlsson – begge ansatt ved Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud. Karlsson har hatt ansvar for, og gjennomført forskningsprosjektet. Rådgiver Elin Kufås og teamleder Bente Lindboe har vært til stor hjelp med hensyn til utvikling og gjennomføring av studien både innholdsmessig og praktisk.

3.1. Gjennomføring av studien

Arbeidet med studien har pågått siden 24.08.11 og avsluttes med denne rapporten til 31.12.11. Denne tidsperioden rommer alt fra utforming av metoder for datainnsamling, analyse og skriftlig fremstilling av studiens resultater. Studien startet med et oppstartsmøte med styringsgruppen for FFT. Her ble forventninger til evalueringen avstemt, og den videre fremdriften for prosjektet fastsatt. Oppstartsmøtet var viktig for å avklare vårt mandat og for å skape en felles forståelse for hva oppdraget innebar.

Det ble utarbeidet intervjuguidene til fokusgruppeintervjuene med henholdsvis samarbeidspartnere og teamet. Her ville en særlig fokusere på å få frem de aspektene som ikke kan avdekkes ved hjelp av den kvantitative spørreundersøkelsen. Det ble utviklet informasjonsskriv og samtykkeerklæring som skulle gå som henvendelse om deltakelse til henholdsvis teammedlemmer og samarbeidspartnere. Rådgiver Elin Kufås sendte ut forespørsel om deltakelse i studien sammen med informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Studien som helhet ble registrert og godkjent i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (Ref. NSD 12.09.11/27824/3/LT).

3. 2. Metoder for dataskaping

Dataskapingsmetoder

Data som danner grunnlag for denne undersøkelsen er basert i fem ulike tilnærminger: 1. Demografiske gruppedata av brukere, 2. Kvantitativ spørreundersøkelse med brukere, 3. Kvantitativ spørreundersøkelse med samarbeidspartnere, 4. Kvalitativt fokusgruppeintervju med samarbeidspartnere og 5. Kvalitativt fokusgruppeintervju med teammedlemmer (21, 22). Innsamlingen av data knyttet til 1, 2, og 3 er gjort av h.h.v. teamet og kvalitetsavdelingen ved Vestre viken HF, Klinikk for psykisk helse og rus. Utformingen av registreringsskjemaer og spørreskjemaene som er brukt i de tre undersøkelsene er utformet av teamet (vedlegg 5 og 6).

Innsamlingen av data i relasjon til punktene 4 og 5 er det gjort av forsker fra IFPR. Basis for intervjuene har vært intervjuguidene som er fremstilt i vedlegg 7 og 8. Intervjuguiden er tematisk utviklet for å kunne gå i dybden på forhold som ble besvart i det kvantitative spørreskjemaet. Fordi guiden er tematisk organisert går de ulike temaene igjen i fokusgruppeintervjuene.

Utvalg

- A. Utvalget i den demografiske undersøkelse av brukere består i alt av 61 saker og er samlet inn i hele 2010.
- B. Utvalget i spørreundersøkelsen av brukere består i alt av 82 (=N) personer og er samlet inn i to perioder. Den første f.o.m. 17. mars til 21.juni 2011. Den andre f.o.m. 1. til 30. september 2011.
- C. Utvalget i spørreundersøkelse med samarbeidspartnere består av i alt 101 (=N) fagpersoner, og er gjennomført i tidsrommet mellom 9-20. mai 2011.
- D. Utvalget i fokusgruppeintervju med samarbeidspartnere består i alt av 11 deltakere og er samlet inn i perioden 10. oktober 2011. Utvalget besto av samarbeidspartnere fra BUP, VOP, Barnevernstjenesten, Kommunale psykisk helsetjenester, Blakstad sykehus, Ruspoliklinikk, Fastlege, Helsesøstertjenesten samt Spesiallisthelsetjenester for fødsel og barsel. Utvalget var gjort strategisk basert i de samarbeidspartnere som FFT hyppigst samarbeider med i Asker og Bærum kommuner. Det var rådgiver Elin Kufås som sendte ut forespørsel om deltakelse i forskningsstudien.
- E. Utvalget i fokusgruppeintervju med teammedlemmer består i alt av 5 deltakere og er samlet inn i perioden 10.oktober 2011. Utvalget består av de fagpersonene som til daglig arbeider i FFT både i hele og delte stillinger. Det var rådgiver Elin Kufås som sendte ut forespørsel om deltakelse i forskningsstudien.

3.3. Metoder for dataanalyse

Analysen av de demografiske data ble bearbeidet manuelt av forsker. Analysen av de kvantitative dataene fra spørreundersøkelsen med h.h.v. brukere og samarbeidspartnere ble gjennomført og bearbeidet i dataprogrammet Survey Xact av spesialrådgiver Per-Erik Holo i Kvalitetsavdelingen, Vestre Viken HF.

Analysen av data fra de to fokusgruppeintervjuene ble gjort på samme måte som følger. Hvert av intervjuene utgjorde 25 sider i A4-format. Analysen av hvert intervju ble gjort gjennom en hermeneutisk innholdsanalyse i fire *trinn* (23, 24).

De fire trinnene var følgende: 1. Å få et helhetsinntrykk, 2. Å identifisere meningsdannende enheter, 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og 4. Å sammenfatte betydningen av dette (23). Etter at hvert intervju ble den transkriberte intervjuteksten lest av forsker flere ganger for å få et helhetsinntrykk av samtalens innhold. Forsker gjennomførte så en tentativ hermeneutisk analyse av intervjuene, og på bakgrunn av denne analysen en tematisering av meningsdannende enheter. Hvert intervju ble lest flere ganger på nytt for å kunne gi et helhetsinntrykk. Denne lesningen ble gjort sammen med avspilling av lydbåndet.. Det ble gjort fortløpende markeringer i marginen med spørsmål til tekstens mulige mening og hvilke temaer som preliminært kunne identifisere.

Deretter startet arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter ved på nytt å lese den transkriberte teksten. De meningsbærende enhetene i hvert enkelt intervju ble så kodet og sett i relasjon til hverandre. Kodingen ble gjort i forhold til sentrale temaer, undertemaer og mønstre som kom frem i materialet. Utgangspunktet er de identifiserte meningsenhetene som er forankret i sitater fra deltakernes utsagn. Forsker har identifisert disse meningsenhetene og tematisert utsagnene slik disse blir tolket av vedkommende. Forskerens identifisering av temaer gjennom koding og kondensering representerer en abstraksjon av den kunnskap som meningsenhetene uttrykker. Teksten ble lest på tvers med nye spørsmål og søken etter generelle trekk og forskjeller. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst gjennom abstraksjoner og konkrete illustrasjoner i forhold til de ulike temaenes innhold (24).

3.4. Forskningsetiske refleksjoner

De demografiske dataene er samlet inn i kraft av den daglige registrering som teamet gjør som er pålagt gjennom dokumentasjonskrav for en spesialisthelsetjeneste. Deltakerne i spørreundersøkelsene for h.h.v. brukere og samarbeidspartnere deltok frivillig og utfylling ble gjort anonymt uten muligheter til å spore. Registreringene ble gjort både på internett og pr. post. Deltakerne i fokusgruppeintervjuene ble informert om studiens bakgrunn og hensikt i den skriftlige forespørselen om å delta i studien. Samme sted ble det redegjort for hva det innebar og være med i studien, at deltakelse var frivillig basert og at de kunne trekke seg på ethvert tidspunkt og be om at deres opplysninger ble slettet fra studien. Opplysninger om personer har ikke vært på forskers hånd. De er tatt vare på av lokal prosjektleder i nedlåst stand. Det ble også informert om data fra studien vil bli slettet innen 31.12.2011., og at studien var finansiert av prosjektmidler fra HOD ved styringsgruppen for Forebyggende familieteam Torgeir Vethe, Vestre Viken HF. I tillegg ble studien

godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (Ref. NSD 12.09.11/27824/3/LT). Dette ble alle deltakerne også skriftlig informert om.

Kapittel 4. Presentasjon av funn

I det følgende kapittel vil funnene fra de fem datakildene bli presentert og beskrevet. I kapittel 5 vil funnene bli gjort til gjenstand for tolkning og diskusjon. Fremstillingen i presentasjonen av funnene vil starte med demografiske gruppedata av brukere, deretter de kvantitative spørreundersøkelsene av henholdsvis brukere og samarbeidspartner. Avslutningsvis presenteres data fra de kvalitative fokusgruppeintervjuene med samarbeidspartnere og brukere.

4.1. Demografiske gruppedata - brukere

Forebyggende familieteam startet sitt arbeid i oktober 2008 og har frem 1. desember 2011 tatt i mot 188 gravide og familier. I samme periode har FFT avsluttet 134 saker. Den gravide og familiene henvises fra føde- og barselavdelingen ved Vestre Viken HF, Bærum sykehus, Klinikk for psykisk helse og rus tjenester i kommunene, Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, helsestasjoner, fastleger, kommunale psykisk helse- og rus tjenester i kommunene, barnevern og brukeren selv. En detaljert fremstilling vil kunne se slik ut:

FOREBYGGENDE FAMILIETEAM
INNTAK OG AVSLUTNING 01.10.08 – 01.12.11

År: Fra:	2008 fra 01.10.	2009	2010	2011 til 01.12.	SUM pr 01.12.2011	SUM %		
Føde- barsel	10	30	15	12	67	35,638		
Psykisk helse og rus voksen	3	22	7	8	40	21,277		
BUP		2	2	1	5	2,660		
Fastlege		3	7	2	12	6,383		
Helsesøster		6	6	1	13	6,915		
Kommune- jordmor		5	6		11	5,851		
Kommunalt rustiltak		4	1		5	2,660		
Kommunal psykisk helse		1	1	1	3	1,600		
Komm. psyk. helse barn			4	1	5	2,660		
Barnevern			3		3	1,600		
Foreldre /gravide selv	1	5	9	5	20	10,638		
Pårørende				1	1	0,532		
Andre		2		1	3	1,600		
Totalt pr år	14	80	61	33 pr 01.12.11	188 pr 01.12.11	=100%		
AVSLUTTET Pr. 01.12.11	13	67	45	9	134	71,277		

De viktigste grunnene til at sakene avsluttes er at den gravide eller familien bor utenfor Asker og Bærum kommuner, bedring av situasjonen, har ikke behov for langvarig oppfølging og andre instanser tar over med forsterket oppfølging. Følgende tabell viser til antallet familier som teamet har hatt kontakt med som bor utenfor opptakskommunene.

**FFT: VURDERINGS- /ENGANGSSAMTALER OG INNTAK AV GRAVIDE /FAMILIER
BOSATT UTENFOR OPPTAKSOMRÅDE:**

År	Engangssamtaler for vurdering og informasjon	Bosatt utenfor Asker & Bærum, Kortvarig oppfølging.	Totalt
2008 fra 01.10.	2	3	5 (Inkludert i registrering)
2009	14	3	17 (Inkludert i registrering)
2010	7	5	12 (Inkludert i registrering)
2011 til 01.12.	5	0	5 (Ikke inkludert i registrering)

Når vi ser på gruppedata for brukergruppen har de fleste betydelige psykiske vansker. I ca. 20 % av tilfellene er disse rusrelaterte. (Se neste side med tabell over de siste 30 familien som har vært i kontakt med teamet). Et annet særtrekk er at brukergruppen har store utfordringer på andre livsområder som bolig, arbeid, økonomi og hverdagslivets aktiviteter. Andre utfordringer er knyttet til generasjonsproblematikk. Det er en økende andel brukere med flerkulturell bakgrunn.

For å gi et bilde av brukergruppen vil data fra 2010 benyttes. I dette året hadde teamet arbeidet med i alt 61 nye saker i arbeid. I tillegg kommer saker som er satt i gang fra 2008 og 2009 og som det fortsatt ble arbeidet med. Av de registrerte 61 nye familiene oppgav 20 at de var enslige og 34 var gifte eller samboende. Med hensyn til inntekt hadde 23 lønnet arbeid, 15 fikk trygdeytelser og seks fikk sosial hjelp. Utdanningsmessige hadde seks personer grunnskole, 11 videregående og 14 personer hadde høyere utdanning. 13 personer oppgav at de bodde i eiet bolig, 20 i leiet og to oppgav at de bodde hos andre.

Av de 61 nye sakene i 2010 var det 39 gravide som var bakgrunn for henvisningen til FFT. Av disse hadde 31 ikke barn fra før, åtte hadde. Av de 39 sakene deltok i åtte tilfeller også barnets far i samarbeidet med FFT. I de resterende 30 sakene hadde mor, far eller begge, tidligere fødte barn

under den angjeldende graviditeten. I 21 av de 30 siste sakene deltok far i samarbeidet. I totalt femti tilfeller var henvisningen basert iden gravide eller mors psykiske vansker. I syv tilfeller var de en kombinasjon av rus- og psykiske vansker hos mor, og i de resterende fire sakene hadde far de samme doble vanskene. Av det totale antallet saker hadde 21 personer, enten mor, far eller begge, flerkulturell bakgrunn. I alt 43 personer var bosatt i Bærum kommune, 12 i Asker og seks fra andre kommuner i landet. I 48 av sakene var andre samarbeidende instanser involvert. I 23 av disse sakene var mer to andre faglige instanser involvert i samarbeidet. Av de 61 nye sakene som teamet arbeidet med i 2010 ble 39 saker avsluttet det samme året.

Målgruppen for teamets arbeid er gravide og familier med barn i aldersgruppen 0-6 år hvor en forelder har et psykisk problem og /eller vansker med rus. For å illustrere i hvilken grad teamet arbeider i tråd med den beskrevne målgruppen er det utviklet en oversikt over de siste 30 familiene som teamet har samarbeidet. I den følgende tabell gir en fremstilling av hvilke av foreldrene som har en psykisk diagnose og/eller i kombinasjon med rusvansker, og hvilke diagnoser det kan være. Av i alt 30 familier med 46 foreldre hadde 28 personer en kjent psykisk lidelse, 6 en ruslidelse enten alene eller i kombinasjon og 10 stykker hadde ikke diagnostiserte psykiske lidelser.

I tabellen på neste side benyttes det forkortelser for de psykiske lidelsene på følgende måte: PF = Psykose/alvorlig psykisk lidelse som bipolar 1 lidelse, dissosiasjons- eller traumelidelse med psykotiske symptomer – 1 person, PS = Personlighetsforstyrrelser – 9 personer, A/D = Angst, depresjon, spiseforstyrrelser, bipolar 2 lidelse - 12 personer og Annet = F.esk. ADHD – 3 personer. I alt 3 personer hadde kombinasjoner av de nevnte lidelser.

FFT; KATEGORISERING AV 30 SISTE FAMILIER PR.01.12.11.

Løpenr	Mor	Far	Pårørende	Rusrelaterte vansker	Diagnostiserte vansker	Ikke diagnostisert lidelse
01 -11	X				PS + PF	
01 -11		X			A/D	
02 -11	X				PS	
02 -11		X			PS	
03 -11	X					X
03 -11		X		X		
04 -11	X				A/D	
05 -11	X				A/D	
06 -11	X				PS	
06 -11		X	X			
07 -11	X			X	A/D	
07 -11		X			A/D	
08 -11	X					X
08 -11		X		X	PS	
09 -11	X				PF + A/D	
09 -11		X	X			
10 -11	X				A/D	
10 -11		X				X
11 -11	X				Annet	
12 -11	X					X
12 -11		X				X
13 -11	X				PF	
14 -11	X				PS	
15 -11	X					X
16 -11	X				A/D	
16 -11		X			Annet	
17 -11	X			X	Annet	
17 -11		X		X	A/D + Annet	
19 -11	X			X		
20 -11	X				A/D	
21 -11	X				A/D	
22 -11	X				PS	
22 -11		X		X		
23 -11	X				PS	
24 -11		X			PS	
25 -11	X				PS	
25 -11		X	X			
26 -11	X				A/D	
27 -11	X				A/D	
27 -11		X	X			
28 -11 (32-09)	X					
28 -11		X	X			
29 -11	X					
30 -11	X					
30 -11		X	X			
31 -11	X				A/D	

Totalt: 29 17 6 7 28 6

En av temaets viktigste samarbeidspartnere er barnevernstjenestene i både Asker og Bærum kommuner. Dette samarbeidet er knyttet til at både at barnevernstjenesten tar kontakt med teamet og omvendt. Henvendelsene kan både gjelde bekymringsmeldinger og spørsmål om vurdering av omsorgskompetanse, begge deler med og uten foreldrenes samtykke. Den følgende tabell viser til registrerte barnevernssaker i teamet i perioden 01.10.08 – 01.12.11.

Registrering av barnevernssaker i Forebyggende familieteam

År	Totalt inntak FFT (trukket fra enkeltsamtaler / fam. bosatt utenfor A&B)	Meldt BVT av andre /BV-sak når henvist FFT	Meldt BVT av FFT med samtykke fra foreldre	Bekymringsmelding fra FFT til BVT uten samtykke	Totalt antall barnevernssaker	Totalt antall %
2008 (fom 01.10)	1 4 (- 5) = 9	2	1		3	33 %
2009	8 0 (- 1 7) = 6 3	6	4	(1barn utenfor oppfølgingsgruppen)	10	16 %
2010	6 1 (- 1 2) = 4 9	8	5	1	14	29 %
2011 (pr. 01.12.)	3 3 (- 1) = 3 2	4	2	1	7	22 %

Når en oppsummerer demografiske gruppedata knyttet til brukerne av det forebyggende familieteamet er det forskningsmessig belegg for å hevde at teamet arbeider med den definerte målgruppen gravide og småbarnsfamilier hvor mor eller far har psykiske vansker og/eller et problematisk forhold til rusmidler. I en registrering av de siste 29 mødrene som teamet var i kontakt med 2011 hadde 21 personer en kjent psykisk lidelse. I det totale antallet, 30 familier, hadde ca.20 % har rusvansker i tillegg. Teamet lykkes med det forebyggende arbeidet ved å komme i kontakt tidlig. Av 39 nye gravide i 2010 var 31 av disse førstegangsfødende. Teamet samarbeider nært med

barnevernstjenesten i opptakskommunene både relatert til det totale antallet saker en arbeider med, og i relasjon til å melde saker til barnevernet både med og uten foreldres samtykke. De tre viktigste samarbeidspartnerne som henviser er den lokale føde- og barselavdelingen, psykisk helsevern for voksne samt ulike kommunale helse- og sosialtjenester knyttet til barnevern, rus og psykisk helse.

4.2. Kvantitativ spørreundersøkelse med brukere

Det er gjennomført spørreundersøkelse med brukere på to tidspunkter i 2011. Det første tidspunktet strakk seg fra 17. mars til 21. juni 2011. I denne perioden deltok i alt 42 brukere i undersøkelsen. Det andre tidspunktet strakk seg f.o.m. 1. september t.o.m. 30. september 2011. I den siste perioden var det 44 konsultasjoner hvorav 40 brukere deltok i undersøkelsen. Dette innebærer at det har deltatt totalt 82 brukere i de to tidsperiodene i 2011.

I den følgende fremstillingen vil de samlede hovedfunnene i begge studiene gjengis (N=82). Av de 82 respondentene er 70 kvinner og 12 menn. I relasjon til første kontakt med teamet ventet 46 brukere barn for første gang, 21 var ikke gravid og hadde barn fra tidligere og 15 var gravid og hadde barn fra før. Hele 68 brukere var gifte eller samboende, 12 var enslige og to hadde annen sosial status. Av respondentene hadde 78 % vansker med egen psykisk helse, 30 % gjaldt partners psykiske helse, 13 % gjaldt partners forhold til rusmidler og 6 % eget forhold til rusmidler. Av de som hadde barn fra før (N=36) hadde 20 brukere ett barn, 12 hadde to barn og 4 hadde tre og flere enn tre barn. Når det gjelder første informasjon om teamet fikk 26 brukere dette på helsestasjonen, 19 stykker fra DPS, 16 fra føde- og barselavdelingen, 8 fra fastlege, 9 fra andre og 4 fra familie og venner. 30 brukere hadde kontakt med FFT i 1-6 måneder, 22 i 7 til 12 måneder og 30 hadde mer enn et år.

De resterende spørsmålene i brukerundersøkelsen er knyttet til brukernes opplevelser av teamet og det tilbudet teamet gir. Svarene gis på en femtrinnskala fra i svært liten grad til i svært stor grad. Gjennomgående i data er at deltagerne i studien er i svært stor grad fornøyde med egen erfaring med tilbud fra temaet. I den følgende fremstilling gjengis hovedtendensene i materialet. På spørsmål om oppfølgingen fra FFT har vært tilpasset brukeren og familien situasjon svarer 90 % i stor/svært stor grad og 10 % i noen grad. Hele 99 % svarer at de har opplevd at de ansatte i FFT snakket med dem på en forståelig måte. På spørsmål om savn av informasjon svarte 92 % i svært liten/liten grad. Hele 97 % svarte at de hadde opplevd samarbeidet med FFT og brukeren og dennes familie som godt i stor/svært stor grad. 93 % opplever at de i stor eller svært stor grad har vært involvert i avgjørelser som er blitt tatt i relasjon til deres faglige oppfølging. På spørsmål om noen har opplevd

feilbehandling av FFT svarer 97 % i svært liten eller liten grad. I relasjon til opplevd tillit til teammedlemmenes faglig dyktighet svarer 99 % at de har hatt det i stor eller svært stor grad. 91 % har opplevd at teamet i stor eller svært stor grad har samarbeidet godt med andre faglige instanser og hjelpetilbud. På spørsmål om ventetid svarer 87 % at de opplevde dette i liten eller svært liten grad, 8 % opplevde dette i stor eller svært stor grad. 84 % opplevde at det i stor og svært stor grad var lett å komme i kontakt med FFT. 11 % opplevde at det var vanskelig eller svært vanskelig å komme i kontakt med teamet.

Knyttet til spørsmålet om hjelpen fra FFT hadde samsvart med brukernes forventninger svarte hele 87 % at de hadde opplevd dette i stor og svært stor grad. 92 % svarte at de hadde opplevd støtten fra teamet som positivt for barnets trivsel og utvikling, og 91 % opplevde den samme støtten som positiv for mestringen av forelderrollen. Hele 98 % var i stor og i svært stor grad fornøyd med oppfølgingen fra FFT. Siste spørsmål i undersøkelsen rettet seg mot om respondenten ville anbefale FFT til andre i liknende situasjonen. Hele 99 % svarte i stor og i svært stor grad på dette spørsmålet.

Brukerundersøkelsene fra 2011 ble gjennomført på to ulike tidspunkter og viser at av totalt 82 respondenter var 50 % førstegangsfødende og nye brukere. Totalt hadde 78 % vansker med egen psykiske helse, og 19 % hadde et problematisk forhold til rusmidler. Brukerundersøkelsene viser med entydighet at brukerne er meget godt fornøyd med det tilbudet og samarbeidet de har hatt med teamet. Brukerne opplever i svært stor grad å bli tatt på alvor, respektert og delaktige i sin egen endrings- og mestringsprosess i møtet med teamet. Det fremholdes at hjelpen har tilsvart forventningene og at støtten og hjelpen fra teamet har innvirket meget positivt på deres egen og barnets egen utvikling.

4.3. Kvantitativ spørreundersøkelse med samarbeidspartnere

Det er gjennomført spørreundersøkelse med samarbeidspartnere i tidsrommet mellom 9-20. mai 2011. Respondentene fikk tilsendt forespørsel om deltakelse med link til besvarelsen pr.e-post. Noen respondenter fikk forespørsel tilsendt direkte andre fikk den via en felles kontakt. Det er følgelig ikke mulig å angi det totale antallet forspurte. Undersøkelsen er basert i 101 samarbeidende fagpersoner har svart (N=101). Respondentene besto av samarbeidspartnere fra BUP, VOP, Barnevernstjenesten, Kommunale psykisk helsetjenester, Blakstad sykehus, Ruspoliklinikk, Fastlege, Helsesøstertjenesten samt Spesiallisthelsetjenester for fødsel og barsel. Spørsmålene i undersøkelsen er knyttet til samarbeidspartnernes opplevelser av det faglige samarbeidet og tilbudet teamet gir. I den følgende fremstilling gjengis hovedtendensene i materialet.

I relasjon til respondentenes organisatoriske tilknytning er 35 fra spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus og BUP (SHT) hvorav 29 fra førstnevnte og seks fra sistnevnte. 15 respondenter er fra Kvinneklinikken, Vestre Viken HF, Bærum sykehus (KK) og 51 fra ulike kommunale tiltak (KT). Disse fordeler seg slik: 20 fra helsestasjoner, 18 fra Barnvernstjenesten, seks fastleger, fire kommunale rustiltak og tre fra andre kommunale tjenester. Hovedtyngden av respondenter fra SHT, 71 %, fikk kjennskap til FFT gjennom informasjon på seminar eller møte samt fra kollega. Fra KK var det 87 % som svarte det samme. Fra KT svarte 88 % at informasjon fra seminar/møte og kollega var viktigst. I SHT hadde 49 % hadde en felles sak med FFT og 38 % hadde henvist til teamet. Ved KK var de samme tallene 60 % knyttet til felles sak og 87 hadde henvist til teamet. Blant de kommunale tjenestene hadde hele 80 % hadde felles sak og 43 % av respondentene hadde henvist FFT. På spørsmål om antallet fellessaker mellom spesialisthelsetjenesten og teamet utgjorde 60 % mellom 2 til 5 saker. På kvinneklinikken utgjorde 67 % mellom 2 og 5 felles saker. I kommunale tjenester var utgjorde 59 % felles saker mellom 2 og 5. Det siste spørsmålet i denne kategorien rettet seg mot den faglige begrunnelse man valgte for å henvise til FFT. I SHT svarte 58 % begrunnet i teamets kompetanse i relasjon til målgruppen. Ved KK utgjorde den samme begrunnelsen 48 %, og i KT var den 41 %.

Den neste kategorien av spørsmål fokuserer på i hvilken grad de tre samarbeidspartnerne har kjennskap til teamet, vurdering av faglighet, tilgjengelighet, informasjon og oppfølginger av saker. Første spørsmål retter seg mot hvor stor grad samarbeidspartnerne kjenner tilbudet fra FFT. I SHT svarer 69 %, KK 100 % og KT 58 % ja til dette. På spørsmål om FFT vurderes til å være et tilgjengelig tilbud svarer 80 % i SHT, KK 100 % og KT 74 % bekreftende på dette. Om den faglige kvaliteten i teamet vurderes som god bekreftes av 69 % i SHT, 100 % i KK og 86 % i KT. På spørsmål om informasjonen fra FFT er god i enkeltsaker svarer 71 % i SHT, 79 % i KK og 67 % i KT ja til dette. Neste spørsmål dreier seg om faglig uenighet rundt oppfølging av felles pasient er blitt løst på en god måte. Her svarer 83 % i SHT bekreftende på dette, 86 % i KK og 44 % i KT. På spørsmål om FFT har samarbeidet godt med ansatte i enkeltsaker svarer 74 % i SHT, 100 % i KK og 77 % i KT ja til dette. Spørsmålet ”Ville du anbefale en kollega/en av de ansatte å henvise en gravid/familie til FFT?” får 91 % i SHT til å svare bekreftende, 100 % i KK og 94 % i KT. På spørsmål om samarbeidspartnerne anser til budet god nok til målgruppen uten FFT svarer 49 % ved SHT i svært liten og liten grad, i KK 79 % og i KT 54 %. Det siste spørsmålet retter seg mot om etableringen av FFT har hatt positiv betydning for respondenten i dennes arbeid med målgruppen. Det svarer 56 % i SHT bekreftende på, 85 % i KK og 65 % i KT.

Oppsummerende kan en fremholde at denne undersøkelsen knyttet til noen av FFT's samarbeidspartnere viser at feedbacken i hovedsak er av positiv valør. Teamets kompetanse knyttet til gravide, sped- og småbarn, psykisk helse og rusproblematikk er den gjennomgående viktigste begrunnelsen for henvisning til FFT. Samtidig vurderer Spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus og BUP denne kompetansen lavere enn de to andre gruppene av respondenter. SHT er også den samarbeidspartneren som har lavest skår på total tilfredshet med teamet. Når det gjelder kjennskap til FFT er den lavest i de kommunale tiltakene særlig blant fastleger og barnevernstjenester. Det er stor vilje til å anbefale FFT til kollegaer og andre faglig ansatte. FFT har hatt positiv betydning for ansatte særlig blant ansatte i Kvinneklinikken og Kommunale tiltak.

4.4. Kvalitativt fokusgruppeintervju med samarbeidspartnere

Til grunn for den kvalitative studien ligger et fokusgruppeintervju av 11 samarbeidspartnere (N=11). Utvalget besto av samarbeidspartnere fra BUP, VOP, Barnevernstjenesten, Kommunale psykisk helsetjenester, Blakstad sykehus, Ruspoliklinikk, Fastlege, Helsesøstertjenesten samt Spesialisthelsetjenester for fødsel og barsel. Utvalget var gjort strategisk basert i de samarbeidspartnere som FFT hyppigst samarbeider med. Fokusgruppeintervjuet hadde to hovedtemaer med underspørsmål; 1. Om faglig og organisatorisk samarbeid med Forebyggende familieteam og 2. Om målsettingen med Forebyggende familieteam (vedlegg 7). De temaene som presenteres i det følgende er temaer som er fremanalysert på bakgrunn av intervjuet, og for å kunne gi en helhetlig fremstilling; 1. Tilgjengelighet og lavterskel, 2. Utfyllende og helhetlige, 3. Faglighet og tillitskapende og 4. Handlende og fleksible.

Tilgjengelighet og lavterskel

En sentral målsetting fra FFT's side er at det skal være et lavterskeltilbud. I fokusgruppeintervjuet reises det en interessant diskusjon om hvordan man blant samarbeidspartnerne skal fortolke hva det ligger i lavterskeltilbud. Betyr lavterskel at man skal rette tilbudet mot "de svakeste" – de som sliter med mest med ulike psykiske lidelser og rus eller innebærer det at tilbudet har en lav terskel i tilnærming primært organisatorisk og innholdsmessig? Og; hvilke utfordringer følger av begge disse fortolkingene. La oss ta den første først: "Jeg tenker at det er lavterskeltilbud og at FFT er på en måte litt sånn 1, 5 linjes tjenestetilbud. De er lett tilgjengelige og oppleves mindre dramatiske å bli satt i kontakt med enn å bli henvist et sted. De får et godt blick inn i hverdagslivet til brukerne som ikke er enkelt for oss som sitter på kontor", sier en samarbeidspartner. En annen uttaler: "Vi kan spørre kvinnen, hvis hun sliter i sin familie, om hun er interessert i at vi tar kontakt med teamet eller vil du ringe selv eller skal de ringe deg? Det virker så veldig enkelt. Det er ikke så lange avstander.

Det gir en veldig trygghet". En tredje deltaker uttrykker seg slik: "En av grunnene til at det er så fint med FFT er at de er forankret i spesialisthelsetjenesten og de har et fantastisk nettverk som kan hjelpe, både innad og utad. De kan konferere med alle disse. De er på en måte alle steder der hvor ikke vi er. De har en utrolig god oversikt over personer og miljøer de kan rådføre seg med der de er usikre". En fjerde kommenterer: "FFT har en veldig viktig oppgave ved å fange opp tidlig ved å være lett tilgjengelige og rett inn. Samtidig kan de følge opp familien over tid. De har mulighetene til å bli familienes følgesvenn over tid; de er der, lett å få tak og lett å gjenoppta eller starte en kontakt". En femte deltaker sier: "Bare tittelen Forbyggende familieteam er en ufarlig tittel. Det senker skuldrene og reduserer mistenksomheten i målgruppen. Det gjør det lett å presentere, og det er lett å foreslå FFT". En sjette samarbeidspartner sier: "Det er betryggende å samarbeide med FFT. De følger opp raskt, tett og ofte. De er hjemme hos familien hvis det er ønskelig på en helt annen måte enn det vi kan eller gjør. I tillegg er det så lett å ta en telefon for å drøfte en sak, og det går begge veier". En siste samarbeidspartner sier: "Vi bruker teamet på mange områder. Særlig i forhold til rus og psykiatri. Vi ser fordelene med at de er lavterskel. Det er veldig betryggende for våre familier".

Utfyllende og helhetlige

Et annet vesentlig tema som fokusgruppedeltakerne beskrev var teamets utfyllende og helhetlige posisjon i samarbeidet omkring brukerne. En samarbeidspartner sier: *"Forbyggende familieteam er gode på å rydde og staffe litt rundt familie. De er gode til å hjelpe familier konkret inn på NAV, de er gode til å bli med dem til barnevernet, til BUP, til DPS. De er gode til å være nettopp den følgesvennen familien trenger sånn at vi andre kan komme inn når familien er rede for det". En annen uttrykker: "De er til stede i familien over tid, bringer familien sammen til rett tid og til rette instanser som kan være til hjelp for de ulike og sammensatte problemene de sliter med". En tredje samarbeidspartner fremholder: "FFT er der over tid, og vi bruker hverandre aktivt. For oss har de vært brobyggere mange ganger. De hjelper oss med å få en fot innenfor. At de er der gir også en trygghet for oss, der vi ikke kommer inn. Vi vet at teamet er inne. Særlig hvis det går dårlig, så vet vi at de er der og vi behøver ikke å presse oss på". Et kjennetegn ved forbyggende familieteam er at de binder sammen og ivaretar et helhetlig tilbud: "Det som kjennetegner denne målgruppen er at de har behov for mange tjenester på en gang, og litt forskjellige ting. Det er her FFT kommer inn og binder sammen voksenpsykiatri, barnevern, barnepsykiatri, helsesøster, forebyggende rustjenester. FFT sørger for at mor får behandling, barna for hjelp eller behandling og familien får støtte i hverdagslivet". En annen deltaker uttrykker: "FFT er ambassadører for mange av oss. De er døråpnere. Hadde de ikke vært der, så hadde ikke vi kunne komme inn. Det at vi jobber så tett*

sammen og kjenner hverandre så godt, har stor betydning for om vi skal kunne være til hjelp”. En annen samarbeidspartner sier: ”Mange av familiene har fordommer i forhold til BUP. Ofte familier av flerkulturell bakgrunn. Her kan FFT gå flere runder med å motivere og informere som gjør at vi kan komme i posisjon for å kunne tilby hjelp”. En siste deltaker uttrykker: ”Teamet koordinerer og legger til rette for sammensatte tjenester til målgruppen. I forhold til andre samarbeidsmodeller vi har hatt tidligere er denne utgaven den beste. Her vet jeg at når jeg gjør noe annet, er FFT der, og jeg vet at de tar kontakt om det skulle være behov for meg og de tjenestene vi tilbyr”.

Faglighet og tillitsskapende

Det tredje temaområdet fokuserer teamets flerfaglige sammensetning og deres arbeidsmetoder. En samarbeidspartner sier: ”Deres faglige tilnærming matcher veldig godt i forhold til å arbeide med psykiatri og rus. Når de er inne i en sak så har jeg ingen bekymringer om at ting ikke vil bli meldt eller sagt i fra, i forhold til den kompetansen som de sitter på. Jeg har veldig tillit til dem”. En annen forteller: ”Jeg tror ikke jeg har opplevd at noen kvinner eller familier har sagt nei eller vært avvisende til FFT, når vi har foreslått at det hadde kanskje vært et tilbud som de kan dra nytte av. De virker så veldig lite truende. De ser det bare som hjelp”. En tredje følger på: ”Deres flerfaglighet som er avgjørende. Det at det er flere faggrupper sammen, og at de kan bli fulgt opp i et svangerskap. De har jordmor, psykolog, sosionom og psykiatrisk sykepleiere. Det finnes flere mennesker rundt brukerne som kan hjelpe dem også praktisk. Finne frem i et system de også synes er vanskelig. Det virker som om det er en lettelse at noen løfter lite grann av en stund, i en fase i livet hvor det er omveltende nok”. En fjerde beskriver: ”Det må være en lettelse å kunne forholde seg til de samme menneskene, som kan hjelpe dem på veldig mange område, eller som søker kompetanse fra andre hvis de ikke har den. De slipper å gå fra det ene kontoret til det andre”. En femte samarbeidspartner sier: ”FFT har skikkelig fokus på det å bli foreldre, forberede foreldrene på det foreldreskapet. De prøver og prøver og prøver. Det er kjempeviktig for ellers er det noen familier vi ikke når, og som absolutt trenger hjelp, råd og veiledning i det å være foreldre”. En sjette samarbeidspartner uttrykker: ”Fra vår side opplever vi at FFT er en kontinuitetsbærer. De sikrer at familien får behandling og at de får oppfølging. De kan være til stede i overgangssituasjoner mellom ulike tjenester for eksempel NAV eller BUP. Samtidig kan de kontaktes når familien har avsluttet alle andre tilbud. Da kan de ta kontakt eller søke råd hos teamet”. En syvende sier: ”Det metodiske arbeidet i teamet handler mye om å være til stede i familien over tid, og bringe familien til rett sted til rett tid”. En annen fremholder: ”Teamet representerer kontinuitet og trygghet. Trygghet først og fremst for kvinnene, men det blir tryggere også for familien. Også dette at teamet kan hoppe inn på møte med oss og da er de i aksjon med en gang vi har behov for det. Det er noe som ikke har vært

før”. En annen deltaker sier: ”Teamet er faglig flinke. De møter brukerne på en fordomsfri måte. De klarer å møte kvinnen og familien på en veldig ordentlig måte, med respekt og samarbeid. De aller fleste blir tatt på alvor for sine bekymringer for svangerskap og barn. Hva som kan ha skadet fosteret. De blir møtt på en god måte som ikke bagatelliserer kvinnens eller foreldrenes bekymringer”. En siste samarbeidspartner skyter til: ”Det er viktig med de faglige diskusjonene vi har med teamet. Det er klart at vi må stå på de vurderingene vi gjør. Vi er jo ikke enige i det hele tatt mange ganger, men da er det veldig stor takhøyde. Det tror jeg har med å gjøre at det er et samarbeid på tvers av mange etater”.

Handlende og fleksible

Mange av samarbeidspartnerne fremholder at et særtrekk ved teamet er at de er handlende og samtidig fleksible: *”Jeg har samarbeidet med teamet mye de siste månedene og synes det er veldig betryggende å vite at de har hatt anledning til å dra og være sammen hjemme med familie, oppsøke familie i hjemmesituasjonen på en helt annen måte enn det vi har anledning til. Etter det har vi hatt telefonkontakt og det er bare å ringe hverandre når det er behov for å diskutere noe”. En annen samarbeidspartner sier: ”De er veldig lett tilgjengelige og de kan kaste seg fort inn i sakene, for det haster stort sett veldig i mange saker. De har vært veldig gode på å følge opp og jeg tenker at vi utfyller hverandre. Det har vært berikende”. En tredje fyller inn: ”De er svært tilgjengelige. Det er en enorm trygghet og ha dem der. Vi kan ta en telefon, sende en mail en gul lapp, de responderer med en gang. De kan veiene ut og inn i systemene på måter som vi ikke kan. Det har gitt mye bedre tilbud til kvinnene og det oppstår en mye større trygghet hos oss”. En fjerde kommenterer: ”Det virker så veldig enkelt. Det er ikke så lange avstander. Det er mye, mye raskere å komme i kontakt med teamet og folk som kan jobbe, og det gir en veldig trygghet. Det er veldig godt å ha dem og deres bevegelighet. I mange av våre systemer er det så mange byråkratiske formaliteter. Men i FFT er det en stor fordel at de kan komme rett inn og at de ikke trenger alle disse formalitetene”. En femte uttrykker seg slik: ”Noe av det viktigste med teamet er at de er så ambulante. De har en helt annen mulighet til å bedømme fungering i familien på så utrolig mange nivåer en når folk kommer løpende fra alt sitt og blir plassert på ditt kontor i 20 minutter eller det tar halve dagen. Det gir et helt annet innblikk og forståelse av som kan være til hjelp”. En sjette sier: ”Det er så lett å jobbe med FFT. Bestiller du en time så får du det i dag eller senest i morgen. Som bruker kan du si hvor du ønsker å møte dem og de kommer dit”. En syvende fagperson kommenterer: ”Kanskje det hele har en praktisk begrunnelse? Dette at det er lettere å ta imot eller akseptere og føle omsorg ved at folk tar bryet med å reise hjem til deg, omsorgen i det rent praktiske ved det. Du slipper å gå ut med vogn i alle trappene, bort med bussen. De kommer hjem til deg. Det er veldig mye omsorg i det. Særlig i*

fasen med nyfødt barn”. En siste deltaker sier: ”Gjennom at FFT er så fleksible så blir de kontinuiteten for brukerne fordi de sakene de er inne i føler de et stort ansvar. De slipper ikke sakene. De avslutter ikke sakene fordi om folk ikke har møtt tre ganger. De er der og forsøker på nytt. På sms, på mail og dra hjem til folk. De er på en måte veldig terapeutisk fleksible uten å tenke at det er det de er. De blir bare nettopp den følgesvennen familien trenger”.

Data fra fokusgruppeintervjuet med samarbeidspartnere kan oppsummerende uttrykkes som en gjennomgående tilfredshet med teamets faglige innhold og tilbud samt den funksjon de har på samarbeidet og organisering av tjenestetilbudet til den angjeldende målgruppen i Asker og Bærum kommuner. Teamet oppleves som å være et lavterskeltilbud hva angår innhold og organisering. De er fleksible i sine samarbeidsformer og har en tverrfaglig kompetanse, erfaring og nettverk som er av stor verdi. Metaforer som ”familiens følgesvenn”, ”brobygger” og ”bevegelige” uttrykker samarbeidspartneres erfaringer med teamet. Det kvantitative datagrunnlaget utfyller det kvalitative materialet (Kap. 4.3) ved både om peke på at teamet utfyller og binder sammen ulike tjenestetilbud, samtidig som det er utfordringer knyttet til å gjøre tilbudet ytterligere kjent og ytterligere spisset relatert til målgruppen.

4. 5. Kvalitativt fokusgruppeintervju med teammedlemmer

Til grunn for den kvalitative studien ligger et fokusgruppeintervju med medarbeiderne i det forebyggende familieteamet. Alle de fem medlemmene av teamet deltok i intervjuet (N=5). Teamet består av jordmor og psykiatrisk sykepleier i 100% stilling. Vedkommende har bakgrunn kommunehelsetjenesten i Bærum kommune. Neste teammedlem arbeider 100% som klinisk sosionom med videreutdanning i rus og avhengighetsproblematikk. Har tidligere arbeidet i barnevernstjenesten i Asker kommune. Tredje fagperson arbeider 60 % som jordmor i FFT og 25 % ved føde- og barselavdelingen. Har tidligere arbeidet der i hel stilling. Den fjerde er psykolog i 80 % stilling og har tidligere arbeidet med habilitering og innen psykisk helsevern for barn og unge. Den femte er psykiatriske sykepleier og familiterapeut og arbeider i 20 % i FFT. Er ellers ansatt i Klinik for psykisk helse og rus. Den samlede fagkompetansen i teamet er relatert til sosialt arbeid og barnevern med spesielt fokus på rus- og avhengighetsproblematikk, utviklingspsykologi med spesielt fokus på samspill og tilknytning, psykisk helsearbeid, fødselshjelp og jordmorarbeid med spesielt fokus på gravide med psykisk sårbarhet samt arbeid med barn som pårørende med spesielt fokus på tverretatlig samarbeid. Ved behov har teamet tilgang til psykiatrisk kompetanse gjennom avdelingssjef i Asker DPS, som er prosjektleders nærmeste overordnede. I tillegg har teamet direkte tilgjengelighet til fødselslege og barnelege ved Bærum Sykehus, Vestre Viken HF.

Fokusgruppeintervjuet hadde to hovedtemaer med underspørsmål; 1. Målsettingen med Forebyggende familieteam: og 2. Faglige arbeidsmåter og tilnærminger i det forebyggende familieteam (Vedlegg 8). De temaene som presenteres i det følgende er temaer som er fremanalysert på bakgrunn av intervjuet. De fremanalyserte temaene er som følger: 1. Samarbeidets fleksibilitet, 2. Flerfaglig metodikk, 3. Målgruppens sammensatte behov og 4. Fremtidens utfordringer.

Samarbeidets fleksibilitet

Under dette temaområdet viser teammedlemmene hvordan det å samarbeide med ulike familier og andre helse- og sosialtjenester krever fleksibilitet. La oss starte med samarbeidet med familier: *”Det varierer veldig hvordan situasjonen er i en familie til en annen, og fra gang til gang. Vi må tilpasse vårt fokus ut fra hvor de er samtidig som vi må sikre at barnet blir ivaretatt godt nok”*. En annen sier: *”Det kan være at jeg har vært hjemme der en gang, og vi er blitt enige om at vi skal snakke om det og det neste gang. Da er familien kanskje et helt annet sted. Då må jeg legge helt til siden det vi hadde bestemt og så må vi ta tak i det de er opptatte av der og da. Det kan gå tid før man er tilbake igjen der man hadde tenkt at man skulle være. Jeg tenker at det er en fordel med vårt team at vi er så fleksible. Vi har ingen maler vi må følge, vi kan følge familien”*. En tredje fremholder: *”Jeg tenker at vi kan fremstå som en mindre krevende samarbeidspartner enn andre deler av spesialisthelse-tjenesten overfor familien. Jeg tenker at noen ganger har vi et mer fleksibelt tilbud. Vi kan tilpasse mer til der hvor familien er. Det kan høres selvgodt ut, men det er ikke sånn ment. Det er mer fordi vi jo ikke driver behandling, men har jordmortjeneste, støttesamtaler, fokus på foreldrefunksjon osv.”*. Et fjerde teammedlem uttrykker: *”Vår styrke ligger i at vi er fleksible og lett tilgjengelige. Det er lett å komme i kontakt med oss, man må ikke til lege eller ha henvisning”*. Et femte medlem forteller: *”Vi kan komme inn allerede før barnet er født. Vi kan jobbe med foreldreskap allerede under graviditeten og jobbe med relasjonsbygging. Det siste er viktig fordi mange familier har opplevd mange brudd med hjelpeapparatet. De går inn i en kontakt i en periode, så forsvinner de ut fra den tjenesten, det kommer en ny saksbehandler osv. Det ufødte barnet gir oss en link til familien som er unik”*. En annen fyller ut: *”En del av kvinnene vi har kontakt med har kanskje vært i kontakt med behandlingsapparatet tidligere og forstår seg selv som relativt friske. Når de blir gravide opplever de at de trenger hjelp og ønsker ikke å gå tilbake til en behandler. Da henvender de seg ofte til oss direkte eller via jordmor eller helsesøster, og vi ser at det kan være så store psykiske og rusmessige utfordringer som spiller inn på foreldreskapet”*.

Om fleksibilitet i forhold andre hjelpere forteller et teammedlem: *”Teamet er lett tilgjengelig og fleksible tidsmessig. Vi er lett å få tak i på telefon og kan gi tilbud om å møte pasienten veldig raskt”*.

Et annet medlem fyller inn: *"Vi er ubyråkratiske og lavterskelorientert. En kollega kan ringe og fortelle at de har fanget opp en mor som har psykiske utfordringer de tenker vedkommende kan trenge hjelp til. Vi kan da tilby informasjon, kontakt pr. telefon eller direkte møte allerede den påfølgende dag, samme uke eller neste uke. Avhengig av som måtte passe kvinnen eller familien".* En tredje sier: *"Vi har god oversikt over hvilke tilbud som gis i kommunene og gjennom spesialisthelsetjenestene. Det betyr at vi kan vurdere om vi skal holde kontakten med familien eller om vi skal koble på andre samarbeidspartnere og la dem ha hovedansvaret. Vi kan melde tilbake og si at det høres ut som dere kan holde fast i familien og at vi er tilgjengelige for kontakt om behovene skulle endre seg".* En fjerde uttrykker: *"Noen ganger ser vi at det er veldig omfattende problematikk, og at vi tenker at omsorgen for barnet ikke er god nok. Vi må vurdere om vi skal henvise til barnevernstjenesten eller om det er andre som er inne akkurat da som er viktigst. Vi forsøker aldri å avslutte en sak uten at det er klart hvem som eventuelt skal ta over og at dette har funnet sted".* Det femte teammedlemmet sier: *"Konkret kan det være at en ringer fra kommunal psykisk helse og har en kompleks familie hvor mange er inne fra før sånn som NAV, BUP, helsestasjon, VOP osv. De ønsker å koble oss på i tillegg. Da søker vi å finne ut hvilken forskjell vi skulle kunne gjøre og vektlegger mer veiledning i forhold til å bruke de ulike tjenestene som allerede er i samarbeidet med familien".*

Flerfaglig metodikk

Et viktig, om men ikke så sentralt område ved evalueringen av FFT, var å undersøke og utforske den faglige metodikken teamet arbeider etter. Metodikken kan synes åpenbar på noen områder samtidig som den kan være vanskelig å identifisere på andre: *"Dette er et meget spennende arbeid, men det er vanskelig å dokumentere forbyggende psykisk helsearbeid. Mange av dem vi er i kontakt med kunne ha blitt veldig mye sykere om ikke vi hadde fanget dem opp i svangerskapet, en fødselspsykose eller en svangerskapsdepresjon. Det er veldig viktig at vi kommer tidlig inn i arbeidet med familien".* Et annet teammedlem sier: *"Det som er styrken i teamet vårt er den brede helse- og sosialfaglige kompetansen vi har. Det er mange andre team som har det og. Vi klarer å utnytte den samlede kompetansen maksimalt med jordmor, sosionom, psykiatrisk sykepleier og psykolog. Sammen med at vi jobber to og to får vi brukt kompetansen både helhetlig og fleksibelt".* En tredje i teamet sier: *"Vi gjør en forskjell ved at vi binder sammen ulike tjenestetilbud rundt familien. Fra kommunenivå, både barnevern, rus og psykisk helse og kvinneklinikken, kan vi høre at de føler seg ofte alene i arbeidet med denne målgruppen. De opplever at vi binder ting sammen, både i svangerskapet og etterpå. De kan se at det er behov for å jobbe mer rundt barnet og foreldreskapet enn de kan få til alene. Da kan vi støtte både familien og de andre hjelperne ved å binde sammen".* En fjerde uttrykker: *"Flere av*

de som henviser til oss gjør det fordi det tenker at vi har et annet ståsted. De vet at når de henviser til oss så henviser de til et tverrfaglig team. De vet at de får flere typer kompetanse på en gang". Den femte fremholder: "Vi kan på ingen måte gjøre alt. Vi har faglig kompetanse på mange områder, men ikke på alle. Mye kan vi ivareta i teamet, andre handler om å støtte familien. Vi kan være en følgesvenn i hjelpeapparatet, både inn og ut og i kontakten mellom familien og de andre instansene. Det er lettere for oss å ta kontakt med en del instanser enn det er for brukerne. Flere sier at det er en god støtte å få".

Når det gjelder den konkrete faglige verktøykassen består den av mange elementer. En viktig tilnærming er teamets muligheter til å ambulere og arbeide hjemme hos familiene: "Vi kan dra på besøk når mor og far er innskrevet på barsel, avtaler hjemmebesøk ganske raskt etter hjemkomst for deretter å dra hjem til familien. Det bidrar til trygghet at vi møtes på deres arena og vi er de samme personene som startet samarbeidet i svangerskapet". Et annet teammedlem fremholder: "Nettopp dette med hjemmebesøk, det å være fleksibel i forhold til det, tenker jeg gjør en forskjell i forhold til andre tjenester. Etter en fødsel synes mange det er strevsomt å rekke tider og tidspunkter, og synes det er godt at noen kommer hjem til dem. Samtidig får vi et langt mer helhetlig bilde av situasjonen deres ved at vi kommer hjem til dem. Vi kommer veldig tett på". En tredje sier: "Det er mange fragmenterte tilbud der ute. Vi prøver å holde kontakten på langt sikt selv om det bare er en telefon i måneden. Da har vi erfart med noen at de tar kontakt med oss når de skal ha neste barn". En fjerde uttrykker: "Et sentralt element i vårt arbeid er at vi også kan gjøre noe konkret. Vi kan åpne den vanskelige konvolutt sammen med mor eller far, vi kan følge til NAV, BUP, VOP m.m. Hvis det ikke passer å møtes hjemme kan vi gå på kafe, tur eller noen annet. Det er lett å få tak i oss på mobil, legge igjen beskjed og vi kan holde kontakt på sms".

Målgruppens sammensatte behov

Et hovedanliggende ved teamets forståelse av målgruppen er pekt på under temaområdet "Samarbeidets fleksibilitet", nemlig betydningen av å komme tidlig inn. Både i forhold til den gravide og barnet, men også i forhold til at mange i målgruppen har tidligere erfaringer og relasjoner til ulike deler av hjelpeapparatet som kan ha behov for "reparasjoner". Et av teammedlemmene sier: "Mange av familiene vi kommer i kontakt med kan samles opp som at mor blir gravid, så kommer vi tidlig og så viser det seg at mor eller far har hatt eller har psykiske vansker eller rusproblemer eller begge deler. Når vi nøster videre må ofte tidligere eller nye samarbeidspartnere kommunen eller i spesialisthelsetjenesten kobles på ganske raskt". Et annet medlem kommenterer: "Vår målgruppe er foreldrene til barnet. Det er foreldrene som er pasienten og barnet som er pårørende. Vi arbeider

med utgangspunkt i en mulig sårbarhet hos foreldrene som har eller kan manifestere seg gjennom en graviditet, en fødsel eller når barnet er der. Man vet jo ikke hvordan dette barnet er eller hvordan det vil greie seg i relasjon til foreldrenes sårbarhet". En tredje kollega fyller inn: "Det er en vanskelig balansegang. Vi har jo opplevd å miste kontakten med noen foreldre hvor vi bare har måttet melde vår bekymring til barnevernstjenesten. Det er jo vanskelig i forhold til foreldre når vi gjør dette. Hvordan får vi innlemmer barnevernet uten at det oppleves ytterligere krenkende eller veldig skummelt for familien?". Nettopp forholdet mellom målgruppen og barnevernstjenesten er en sentral arbeidsoppgave for teamet knyttet til målgruppens sammensatte behov.

Teamet gjør dette gjennom å forsøke og "selge inn" denne tjenesten, redusere mistenksomhet og heve ønsket om hjelp og samarbeid med dette tjenestetilbudet: "Vi har fått veldig mange til å bli med til barnevernstjenesten. Først helt uforpliktende for å treffe dem. Se et ansikt, hilse på og invitere foreldrene til å tenke: "Her er det noen som kanskje kan hjelpe oss". Det har fungert godt". En annen i teamet fremholder: "Vi har også jobbet systematiske med forebyggende barnevern fordi vi tenker at familien kan være i behov av tiltak og samarbeid med dette tjenestetilbudet. Det å forsøke å få det til frivillig er helt avgjøre. Noen ganger får vi det ikke til og vi mister kontakten med familien. Da blir foreldrene veldig sinte på oss. Noen ganger har vi ikke noe valg". En tredje forteller: "Det at foreldrene er vår målgruppe gjør det utfordrende. Vi kan ikke utelate barnet i det bilde. Det betyr at vi må jobbe tett med BUP og påse at de barna som skal dit sluses dit. At vår base er i voksenverden gjør at vi kan bistå foreldrene i relasjon til somatikk og psykisk helse og rus. Vi har også sterke bånd til kommunale instanser. Alt dette er avgjørende for at målgruppen vår skal få dekket sin mange og sammensatte behov på en nyttig og god måte". En fjerde sier: "Det er en sammenheng mellom målgruppen og tilgjengelighet. Det at vi treffes lett på sms, på mobil og slik svare fort betyr mye for foreldrene. Det samme gjelder at vi kan dra hjem til familiene. Mange kan vegre seg mor å gå ut av ulike grunner. Våre muligheter til å tilgjengelig og tilpasset fleksibilitet er avgjørende for å kunne imøtekomme denne målgruppens behov og ønsker".

Fremtidens utfordringer

Det forebyggende familieteamet har eksistert siden høsten 2008 har i løpet av disse fire årene gjort seg ulike erfaringer knyttet til ulike sider ved sin virksomhet. Disse erfaringene peker mot mulige forbedringer og muligheter særlig i relasjon til samarbeidet med andre tjenestetilbud, i forhold til målgruppen og teamets egen aktivitet. La oss ta det siste først: "Teamet bør holde fast i hver enkelts faglige spesialområde eller ekspertise og samtidig kunne jobbe sammen mot et felles mål. Teammøtene våre er veldig viktige for faglige diskusjoner samtidig med at vi arbeider to og to. Slik

kan vi utvikle ny og felles kompetanse. Hvordan kan vi utføre vår faglige kompetanse i akkurat dette oppdraget?”. En annen kommenterer: ”Et utviklingsområde er familieperspektivet. Det er utfordrende. Ikke at vi skal bli familierapeuter, men at vi skal i større grad kunne se samspill og utvikling i familierelasjoner som viktig for vårt tilbud”. Et tredje teammedlem fremholder: ”Mange av våre familier er en del av mange systemer. Vi kan bli mer fokuserte på å se oss selv som en del av disse systemene. At vi ikke bare tenker at vi står overfor en enkelt person, men arbeide med å se hele situasjonen rundt familien i samarbeidet med oss”. En fjerde sier: ”Et annet utviklingsområde er hvordan vi arbeider med familier som er i mange konflikter med mange. Hvordan kan vi samarbeide uten å forsterke disse på tross av våre gode intensjoner om å løfte frem barnet og dets behov”.

I relasjon til med andre samarbeidende instanser pekes det på: ”Vi kan videreutvikling vårt samarbeid med BUP. Arbeide med å avklare konkret hva som skal være deres oppgave og mandat og hva skal være vårt”. En annen sier: ”Samarbeidet med fastlegene kan bli bedre. Både i forhold til når vi får henvisning fra dem og når familien tilbakeføres. Det kan ofte være vanskelig å få med fastleger på møter og å få tak i dem på telefon”. Et tredje teammedlem forteller: ”I økende grad er frustrerende at vi bare er et prosjekt. Vi vet jo ikke hvor lenge vi kan holde på. Det er beklagelig også i forhold til våre samarbeidspartnere og familiene vi samarbeider med”. En fjerde kommenterer: ”En avgjort styrke i forhold til våre faglige samarbeidspartnere er at vi er så tett på hverandre. Det er korte avstander innad i kommunene vi dekker og mellom de ulike instansene. Vi bruker veldig liten tid i bil og desto mer i møte med samarbeidspartnere og familiene”. I relasjon til målgruppen sier en i teamet: ”Vi kan arbeide mer systematisk med å kartlegge nettverkets og familiens ressurser. Dette med å se ressurser i omgivelsene rundet familien. Ikke bare fokusere på det sårbare og på bekymringen”. Et annet teammedlem fremholder: ”Vi kunne arbeide også mer systematisk med foreldreveiledning og samspillsveiledning. Det kunne gjøre at vi hadde enda større fokus på foreldrene og deres samspill med barna”. En siste uttrykker: ”Når vi skal fortsette å arbeide som team tenker jeg at vi trenger med kompetanse innenfor familierapi. Vi opplever ofte alvorlige parkonflikter i møte med familiene”.

De kvalitative data fra fokusgruppeintervjuet med teammedlemmene viser til en selvforståelse knyttet til det å være et fleksibelt, ambulant, lavterskel og tverrfaglig tjenestetilbud fundamentert i målgruppens sammensatte ønsker og behov. Flexibelt knyttes både til brukere og samarbeidspartnere, til faglig metodikk og tilnærminger og innhold i tilbudet. Ambulant innebærer en faglig bevegelse samt ulike kontekster og tidspunkter for møte med brukere. Lavterskel knyttes til både til faglig innhold og organisering. Tverrfaglighet handler om å representere et faglig tilbud

som både er spisset og bredt med kompetanse knyttet psykisk helsearbeid, sosialt arbeid og barnevern, utviklingspsykologi, familiarbeid, fødselshjelp og jordmordarbeid.

Kapittel 5. Diskusjon

Diskusjon i det kommende kapittel må sees i lys av den overordnede målsettingen med Forebyggende Familieteam (FFT), styringsgruppens avgrensning av målsettingen for den forskningsbaserte evalueringen samt de forskningsspørsmålene som studien har fokusert. Styringsgruppen avgrenset den forskningsbaserte evaluering til å gjelde to hovedområder. Det ene var knyttet til den kliniske virksomheten ved FFT, og den andre knyttet til organiseringen av FFT. I den følgende diskusjon vil data fra de ulike delstudiene bli sett i relasjon til hverandre for å kaste lys over de to hovedområdene for den forskningsbaserte evaluering gjennom overskriftene: 1. Målgruppe; hvem, hva og hvordan?, 2. Forebyggende familieteam – et lavterskeltilbud, 3. Forebyggende familieteam – samarbeid og organisering og sist 4. Konklusjoner.

5.1. Målgruppe; hvem, hva og hvordan?

Forebyggende familieteam har i sin eksistensperiode tatt i mot 188 gravide og familier. I samme periode har FFT avsluttet saker 134. Den gravide og familiene henvises fra føde- og barselavdelingen ved Vestre Viken HF, Bærum sykehus, Klinikk for psykisk helse og rus tjenester i kommunene, Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, helsestasjoner, fastleger, kommunale psykisk helse- og rus tjenester i kommunene, barnevern og brukeren selv. Den prosentvise fordelingen av hvor sakene ble henvist fra var 35, 6 % fra føde og barselavdelingen, 27, 4 % fra alle og ulike kommunale helse-, sosial- og rustjenester, 21, 2 % fra Klinikk for psykisk helse og rus, 10,6 % fra den gravide og foreldrene selv.

De viktigste grunnene til at sakene ble avsluttet er at den gravide eller familien bor utenfor Asker og Bærum kommuner, bedring av situasjonen, har ikke behov for langvaring oppfølging og andre instanser tar over med forsterket oppfølging.

De fleste brukerne har betydelige psykiske vansker, ca. 80 %. I ca. 20 % av tilfellene er disse også relatert rusbruk. Et annet særtrekk er at brukergruppen har store utfordringer på andre livsområder som bolig, arbeid, økonomi og hverdagslivets aktiviteter. Det er en økende andel brukere med flerkulturell bakgrunn. Basert i data fra 2010 hadde teamet i alt 61 nye saker i arbeid. Av de 61 nye sakene i 2010 var det 39 gravide som var bakgrunn for henvisningen til FFT. Av disse hadde 31 ikke barn fra før, åtte hadde. Av de 39 sakene deltok i åtte tilfeller også barnets far i samarbeidet med FFT. I de resterende 30 sakene hadde mor, far eller begge, tidligere fødte barn under den angjeldende graviditeten. I 21 av de 30 siste sakene deltok far i samarbeidet. I totalt femti tilfeller var henvisningen basert iden gravide eller mors psykiske vansker. I syv tilfeller var de en kombinasjon

av rus- og psykiske vansker hos mor, og i de resterende fire sakene hadde far de samme doble vanskene. Av det totale antallet saker hadde 21 personer, enten mor, far eller begge, flerkulturell bakgrunn. I alt 43 personer var bosatt i Bærum kommune, 12 i Asker og seks fra andre kommuner i landet. I 48 av sakene var andre samarbeidende instanser involvert. I 23 av disse sakene var mer to andre faglige instanser involvert i samarbeidet. Av de 61 sakene som teamet arbeidet med i 2010 ble 39 saker avsluttet det samme året.

En oversikt over de siste 30 familiene som teamet har samarbeidet med, har en registrert om hvorvidt foreldrene har en psykisk diagnose og/eller i kombinasjon med rusvansker, og hvilke diagnoser det kan være. Av i alt 30 familier med 46 foreldre hadde 28 personer en kjent psykisk lidelse, 6 en ruslidelse enten alene eller i kombinasjon og 10 stykker hadde ikke diagnostiserte psykiske lidelser. Fordelingen var som følger: Psykose/alvorlig psykisk lidelse som bipolar 1 lidelse, dissosiasjons- eller traumelidelse med psykotiske symptomer – 1 person, Personlighetsforstyrrelser – 9 personer, Angst, depresjon, spiseforstyrrelser, bipolar 2 lidelse - 12 personer og ADHD – 3 personer. I alt 3 personer hadde kombinasjoner av de nevnte lidelser.

Data fra brukerundersøkelsen, som er gjennomført i to perioder i 2011, viser at 78 % av brukerne (N=82) kontaktet teamet på bakgrunn av egne opplevde psykiske vansker. I 30 % av tilfellene var også partners psykiske uhelse avgjørende for kontakten. 46 av kvinnene ventet sitt første barn, 15 hadde barn fra før og 21 ventet ikke barn og hadde barn fra før. I 42 tilfellene fikk kvinnene informasjon om FFT på helsestasjon og føde-/barselavdelingen og 19 personer fra DPS. Brukerne gav meget høy skår på de ulike spørsmålene knyttet til deres ulike opplevelser av teamet. På spørsmål om oppfølgingen fra FFT har vært tilpasset brukeren og familien situasjon svarer 90 % i stor/svært stor grad. Hele 99 % svarer at de har opplevd at de ansatte i FFT snakket med dem på en forståelig måte. På spørsmål om savn av informasjon svarte 92 % i svært liten/liten grad. Hele 97 % svarte at de hadde opplevd samarbeidet med FFT og brukeren og dennes familie som godt i stor/svært stor grad. 93 % opplever at de i stor eller svært stor grad har vært involvert i avgjørelser som er blitt tatt i relasjon til deres faglige oppfølging. På spørsmål om noen har opplevd feilbehandling av FFT svarer 97 % i svært liten eller liten grad. I relasjon til opplevd tillit til teammedlemmenes faglig dyktighet svarer 99 % at de har hatt det i stor eller svært stor grad. 91 % har opplevd at teamet i stor eller svært stor grad har samarbeidet godt med andre faglige instanser og hjelpetilbud. På spørsmål om ventetid svarer 87 % at de opplevde dette i liten eller svært liten grad. 84 % opplevde at det i stor og svært stor grad var lett å komme i kontakt med FFT. Knyttet til spørsmålet om hjelpen fra FFT hadde samsvart med brukernes forventninger. Hele 87 % svarte at de

hadde opplevd dette i stor og svært stor grad. 92 % svarte at de hadde opplevd støtten fra teamet som positivt for barnets trivsel og utvikling, og 91 % opplevde den samme støtten som positiv for mestringen av foreldrerollen. Hele 98 % var i stor og i svært stor grad fornøyd med oppfølgingen fra FFT. Siste spørsmål i undersøkelsen rettet seg mot om respondenten ville anbefale FFT til andre i liknende situasjonen. Hele 99 % svarte i stor og i svært stor grad på dette spørsmålet.

Data fra den kvantitative spørreundersøkelsen med representanter (N=101) fra ni ulike samarbeidspartnere viser at 75,6 % av disse vurderer FFT som et tilgjengelig tilbud. Hele 85 % vurderer den faglige kvaliteten som god i teamet. Hele 95 % av respondentene ville ha anbefalt en kollega om å henvise til teamet. 65,3 % av respondentene mener at opprettelsen av teamet har hatt svært positiv betydning for arbeidet med den aktuelle målgruppen. Data fra fokusgruppeintervjuet (N=11) med elleve ulike samarbeidspartnere viser kvalitativt utfyllende de tendenser som kan tolkes ut av den kvantitative spørreundersøkelsen relatert til målgruppens hvem, hva og hvordan.

Temaområdene ”Utfyllende og helhetlige” og ”Handlende og fleksible” viser til at samarbeidspartnerne opplever teamet som å arbeide med den aktuelle målgruppen. I tillegg beskriver samarbeidspartnerne at teamet arbeider samme med målgruppen på utfyllende og fleksible måter som gjør at målgruppen sammensatte behov kan imøtekommes. Flere av samarbeidspartnere viser til hvordan teamet kan tilpasse tilbudet til den enkelte kvinnens og/eller familiens behov på en måte som de ikke selv opplever å kunne.

Data fra fokusgruppeintervjuet med de ansatte i teamet (N=5) viser til temaområdene ”Flerfaglig metodikk” og ”Målgruppens sammensatte behov”. Her beskriver teammedlemmene hvordan de opplever at kan komme tidlig inn i samarbeidet med kvinnene og/eller familien. Teamets flerfaglige kompetanse gjør at de opplever å kunne imøtekomme målgruppens ulike og sammensatte hjelpebehov. Dette gjelder både i forhold til kvinnen og barnet, men også i forhold til at mange i målgruppen har tidligere erfaringer og relasjoner til ulike deler av hjelpeapparatet som trenger å bli ”reparert”. Særlig nevnes barnevernstjenesten som et eksempel på hvordan teamet kan bistå i å etablere fornyende samarbeid. De demografiske data knyttet teamets arbeid med barnevernssaker fra 2008 og frem til i dag viser at teamet har arbeidet med ulike kategorier av saker. En kategori av saker har vært familier som har vært i samarbeid med barnevern når de møter FFT. En annen kategori er saker meldt til barnevernet av FFT med samtykke fra foreldrene. Den siste kategorien er saker meldt til barnevernet fra FFT uten samtykke fra foreldre. Totalt har antallet barnevernssaker i FFT variert mellom 16 til 33 % i de drøyt tre årene teamet har eksistert.

5.2. Forebyggende familieteam – et lavterskeltilbud?

Det er mulig å tolke spørsmålet om lavterskel i relasjon til FFT på to måter. Den ene er knyttet til teamets organisering og den andre til teamets arbeidsmåter. I det følgende vil det bli løftet frem data som kan bidra til å kaste lys over de to nevnte tolkninger. Data som registrert i teamets eksistensperiode fra oktober og frem til 1. desember 2011 viser at FFT har tatt i mot 188 gravide og familier og avsluttet 134 saker. I de tre årene temaet har eksistert har henvisningene kommet fra Føde- og barselavdelingen ved Vestre Viken HF, Bærum sykehus (36 %), Klinikk for psykisk helse og rusavhengighet (21 %), brukeren selv (10 %), helsestasjoner (8 %), fastleger (7 %), kommunale psykisk helse- og rustjenester (7 %), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (3 %), barnevern (2 %) og andre (6 %). Dette innebærer at litt over halvparten av henvisningene kommer fra somatisk og psykisk spesialist helsetjenester (57 %) og de resterende fra ulike kommunale tjenester og brukeren selv. Det kreves ingen henvisning fra spesialist- eller kommunale helse- og sosialtjenester for at teamet skal kunne starte samarbeide med en familie.

Data fra brukerundersøkelsen (N=82), som er gjennomført i to perioder i 2011, viser at på spørsmål om oppfølgingen fra FFT har vært tilpasset brukeren og familien situasjon svarer 90 % i stor/svært stor grad og 10 % i noen grad. På spørsmål om savn av informasjon svarte 92 % i svært liten/liten grad. Hele 97 % svarte at de hadde opplevd samarbeidet med FFT og brukeren og dennes familie som godt i stor/svært stor grad. 93 % opplever at de i stor eller svært stor grad har vært involvert i avgjørelser som er blitt tatt i relasjon til deres faglige oppfølging. 91 % har opplevd at teamet i stor eller svært stor grad har samarbeidet godt med andre faglige instanser og hjelpetilbud. På spørsmål om ventetid svarer 87 % at de opplevde dette i liten eller svært liten grad, 8 % opplevde dette i stor eller svært stor grad. 84 % opplevde at det i stor og svært stor grad var lett å komme i kontakt med FFT. 11 % opplevde at det var vanskelig eller svært vanskelig å komme kontakte med teamet. Hele 98 % var i stor og i svært stor grad fornøyd med oppfølgingen fra FFT. Siste spørsmål i undersøkelsen rettet seg mot om respondenten ville anbefale FFT til andre i liknende situasjonen. Hele 99 % svarte i stor og i svært stor grad på dette spørsmålet.

Data fra den kvantitative spørreundersøkelsen med representanter (N=101) fra ni ulike samarbeidspartnere viser at respondentenes organisatoriske tilknytning er 35 fra spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus og BUP (SHT) hvorav 29 fra førstnevnte og seks fra sistnevnte. 15 respondenter er fra Kvinneklinikken, Vestre Viken HF, Bærum sykehus (KK) og 51 fra ulike kommunale tiltak (KT). Disse fordeler seg slik: 20 fra helsestasjoner, 18 fra Barnvernstjenesten, seks fastleger, fire kommunale rustiltak og tre fra andre kommunale tjenester.

Hovedtyngden av respondenter fra SHT, 71 %, fikk kjennskap til FFT gjennom informasjon på seminar eller møte samt fra kollega. Fra KK var det 87 % som svarte det samme. Fra KT svarte 88 % at informasjon fra seminar/møte og kollega var viktigst. I SHT hadde 49 % hadde en felles sak med FFT og 38 % hadde henvist til teamet. Ved KK var de samme tallene 60 % knyttet til felles sak og 87 hadde henvist til teamet. Blant de kommunale tjenestene hadde hele 80 % hadde felles sak og 43 % av respondentene hadde henvist FFT. På spørsmål om antallet fellessaker mellom spesialisthelsetjenesten og teamet utgjorde 60 % mellom 2 til 5 saker. På kvinneklinikken utgjorde 67 % mellom 2 og 5 felles saker. I kommunale tjenester var utgjorde 59 % felles saker mellom 2 og 5. Et annet spørsmål retter seg mot i hvor stor grad samarbeidspartnerne kjenner tilbudet fra FFT. I SHT svarer 69 %, KK 100 % og KT 58 % ja til dette. På spørsmål om FFT vurderes til å være et tilgjengelig tilbud svarer 80 % i SHT, KK 100 % og KT 74 % bekreftende på dette. Om den faglige kvaliteten i teamet vurderes som god bekreftes av 69 % i SHT, 100 % i KK og 86 % i KT. På spørsmål om informasjonen fra FFT er god i enkeltsaker svarer 71 % i SHT, 79 % i KK og 67 % i KT ja til dette.

Data fra fokusgruppeintervjuet (N=11) med elleve ulike samarbeidspartnere viser til temaområdene ”Tilgjengelighet og lavterskel” og ”Faglighet og tillitskapende”. Samarbeidspartnerne opplever teamet meget klart som et lavterskeltilbud hva angår både det organisatoriske og de faglige arbeidsmåtene. Organisatorisk trekkes det frem at FFT er meget lett å få tak, lett å lage avtaler med og fleksible i forhold til når og hvor en kan møtes for samarbeid. Det trekkes også frem at FFT er en brobygger mellom de ulike samarbeidspartnere og kvinnen og/eller familien Dette kan være samarbeidspartnere som brukerne kjenner fra før og er skeptiske til å møte, og det kan være nye aktører som brukerne ikke kjenner fra tidligere. Flere av samarbeidspartnerne beskriver teamet som familiens følgesvenn i betydningen av, i tillegg til å kunne bygge broer, også kan følge familien inn og med i møter med andre samarbeidspartnere i helse- og sosialsektoren. Et annet vesentlig forhold er samarbeidspartnerens anerkjennelse av FFT som et lavterskeltilbud knyttet til faglige arbeidsmåter. Først gjelder det i forhold til å erkjenne at teamet arbeider på måter som de andre ikke kan gjøre eller lykkes med. Dernest er det anerkjennelsen av at FFT arbeider faglig lavt og fleksibelt ved å møte brukere på ulike steder, til ulike tider med ulike metodiske tilnærminger. Samarbeidspartnerne opplever dette som et meget viktig faglig arbeid i samarbeidet med dem, og som meget tillitskapende både for dem og brukerne.

Data fra fokusgruppeintervjuet med de ansatte (N=5) i teamet viser til temaområdene ”Samarbeidets fleksibilitet” og ”Flerfaglig metodikk”. Her beskriver teammedlemmene hvordan møtet med kvinne

og /eller familien blir avgjørende for hvordan de utvikler sitt tilbud. De omtaler seg selv som familiens følgesvenn. For teamet innebærer dette å utvikle faglige arbeidsmåter som er tilpasset familiens situasjon og ønsker. Dette gjelder hvor, hvordan og når de skal møtes. Teamet ønsker også å være mest mulig lett tilgjengelige i samarbeidsperioden med teamet. Det gjelder både med hensyn til å bli kontaktet av brukeren og at teamet selv kan ta kontakt med brukeren. I samarbeidet med familien forsøker teamet å være fleksible på hvordan denne kontakten etableres, utvikles og opprettholdes.

5.3. Forebyggende familieteam – samarbeid og organisering

Data som registrert i teamets eksistensperiode fra oktober og frem til 1. desember 2011 viser at FFT tatt i mot 188 og avsluttet 134 saker. I de tre årene temaet har eksistert har henvisningene kommet fra Føde- og barselavdelingen ved Vestre Viken HF, Bærum sykehus (36 %), Klinikk for psykisk helse og rusavhengighet (21 %), brukeren selv (10 %), helsestasjoner (8 %), fastleger (7 %), kommunale psykisk helse- og rustjenester (7 %), barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (3 %), barnevern (2 %) og andre (6 %). Dette innebærer at litt over halvparten av henvisningene kommer fra somatisk og psykisk spesialist helsetjenester (57 %) og de resterende fra ulike kommunale tjenester og brukeren selv. De viktigste grunnene til at sakene ble avsluttet er at den gravide eller familien bor utenfor Asker og Bærum kommuner, bedring av situasjonen, har ikke behov for langvaring oppfølging og andre instanser tar over med forsterket oppfølging. Basert i data fra 2010 hadde teamet i alt 61 nye saker i arbeid. I alt 43 personer var bosatt i Bærum kommune, 12 i Asker og seks fra andre kommuner i landet. I 48 av sakene var andre samarbeidende instanser involvert. I 23 av disse sakene var mer to andre faglige instanser involvert i samarbeidet. Av de 61 sakene som teamet arbeidet med i 2010 ble 39 saker avsluttet det samme året.

Data fra brukerundersøkelsen (N=82), som er gjennomført i to perioder i 2011, viser at oppfølgingen fra FFT har vært tilpasset brukeren og familien situasjon svarer 90 % i stor/svært stor grad. Hele 99 % svarer at de har opplevd at de ansatte i FFT snakket med dem på en forståelig måte. På spørsmål om savn av informasjon svarte 92 % i svært liten/liten grad. Hele 97 % svarte at de hadde opplevd samarbeidet med FFT og brukeren og dennes familie som godt i stor/svært stor grad. 93 % opplever at de i stor eller svært stor grad har vært involvert i avgjørelser som er blitt tatt i relasjon til deres faglige oppfølging. På spørsmål om noen har opplevd feilbehandling av FFT svarer 97 % i svært liten eller liten grad. I relasjon til opplevd tillit til teammedlemmenes faglig dyktighet svarer 99 % at de har hatt det i stor eller svært stor grad. 91 % har opplevd at teamet i stor eller svært stor grad har samarbeidet godt med andre faglige instanser og hjelpetilbud. På spørsmål om ventetid svarer 87 %

at de opplevde dette i liten eller svært liten grad. 84 % opplevde at det i stor og svært stor grad var lett å komme i kontakt med FFT. Knyttet til spørsmålet om hjelpen fra FFT hadde samsvart med brukernes forventninger. Hele 87 % svarte at de hadde opplevd dette i stor og svært stor grad. 92 % svarte at de hadde opplevd støtten fra teamet som positivt for barnets trivsel og utvikling, og 91 % opplevde den samme støtten som positiv for mestringen av foreldrerollen. Hele 98 % var i stor og i svært stor grad fornøyd med oppfølgingen fra FFT. Når det gjelder første informasjon om teamet fikk 26 brukere dette på helsestasjonen, 19 stykker fra DPS, 16 fra føde- og barselavdelingen, 8 fra fastlege, 9 fra andre og 4 fra familie og venner. 30 brukere hadde kontakt med FFT i 1-6 måneder, 22 i 7 til 12 måneder og 30 hadde mer en et år.

Data fra den kvantitative spørreundersøkelsen med samarbeidspartnere er basert i 101 samarbeidende fagpersoners svar (N=101). Respondentenes organisatoriske tilknytning er 35 fra spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus og BUP (SHT) hvorav 29 fra førstnevnte og seks fra sistnevnte. 15 respondenter er fra Kvinneklinikken, Vestre Viken HF, Bærum sykehus (KK) og 51 fra ulike kommunale tiltak (KT). Disse fordeler seg slik: 20 fra helsestasjoner, 18 fra Barnvernstjenesten, seks fastleger, fire kommunale rustiltak og tre fra andre kommunale tjenester. Hovedtyngden av respondenter fra SHT, 71 %, fikk kjennskap til FFT gjennom informasjon på seminar eller møte samt fra kollega. Fra KK var det 87 % som svarte det samme. Fra KT svarte 88 % at informasjon fra seminar/møte og kollega var viktigst. I SHT hadde 49 % hadde en felles sak med FFT og 38 % hadde henvist til teamet. Ved KK var de samme tallene 60 % knyttet til felles sak og 87 hadde henvist til teamet. Blant de kommunale tjenestene hadde hele 80 % hadde felles sak og 43 % av respondentene hadde henvist FFT. På spørsmål om antallet fellessaker mellom spesialisthelsetjenesten og teamet utgjorde 60 % mellom 2 til 5 saker. På kvinneklinikken utgjorde 67 % mellom 2 og 5 felles saker. I kommunale tjenester var utgjorde 59 % felles saker mellom 2 og 5. Det siste spørsmålet i denne kategorien rettet seg mot den faglige begrunnelse man valgte for å henvise til FFT. I SHT svarte 58 % begrunnet i teamets kompetanse i relasjon til målgruppen. Ved KK utgjorde den samme begrunnelsen 48 %, og i KT var den 41 %.

Den neste kategorien av spørsmål fokuserer på i hvilken grad de tre samarbeidspartnerne har kjennskap til teamet, vurdering av faglighet, tilgjengelighet, informasjon og oppfølginger av saker. Første spørsmål retter seg mot hvor stor grad samarbeidspartnerne kjenner tilbudet fra FFT. I SHT svarer 69 %, KK 100 % og KT 58 % ja til dette. På spørsmål om FFT vurderes til å være et tilgjengelig tilbud svarer 80 % i SHT, KK 100 % og KT 74 % bekreftende på dette. Om den faglige kvaliteten i teamet vurderes som god bekreftes av 69 % i SHT, 100 % i KK og 86 % i KT. På

spørsmål om informasjonen fra FFT er god i enkeltsaker svarer 71 % i SHT, 79 % i KK og 67 % i KT ja til dette. Neste spørsmål dreier seg om faglig uenighet rundt oppfølging av felles pasient er blitt løst på en god måte. Her svarer 83 % i SHT bekreftende på dette, 86 % i KK og 44 % i KT. På spørsmål om FFT har samarbeidet godt med ansatte i enkeltsaker svarer 74 % i SHT, 100 % i KK og 77 % i KT ja til dette. Spørsmålet ”Ville du anbefale en kollega/en av de ansatte å henvide en gravid/familie til FFT?” får 91 % i SHT til å svare bekreftende, 100 % i KK og 94 % i KT. På spørsmål om samarbeidspartnerne anser til budet god nok til målgruppen uten FFT svarer 49 % ved SHT i svært liten og liten grad, i KK 79 % og i KT 54 %. Det siste spørsmålet retter seg mot om etableringen av FFT har hatt positiv betydning for respondenten i dennes arbeid med målgruppen , Det svarer 56 % i SHT bekreftende på, 85 % i KK og 65 % i KT.

Data fra fokusgruppeintervjuet (N=11) med elleve ulike samarbeidspartnere viser til temaområdene ”Tilgjengelighet og lavterskel”, ”Utfyllende og helhetlige” og ”Handlende og fleksible”. Her viser samarbeidspartnerne til ulike sider ved samarbeidet med teamet. Sentralt er samarbeidspartnere understrekning av betydningen av FFT er forankret i spesialisthelsetjenesten. Dette mener de gir teamet en meget god oversikt over samarbeidende enkeltpersoner, fagmiljøer og andre samarbeidende nettverk. Metaforen ”familiens følgesvenn” brukes for å illustrere familiens samarbeidende relasjoner knyttet til familien og ikke minst som los og bindeledd mellom de ulike tjenestetilbudene som familien er i relasjon til. Navnet Forebyggende Familieteam fremholdes som viktig og ufarlig tittel som bidrar til å senke skuldre hos både brukere og samarbeidspartnere. Teamet fremholdes som utfyllende i den forstand at de ofte binder sammen ulike samarbeidspartnere til familien. Samtidig gir de et selvstendig og helhetlig tilbud som ingen av de andre samarbeidspartnerne er i stand til å gjøre alene. Dette knyttes til at teamet har en bred og flerfaglig kompetanse. En viktig side ved teamet er at de er i stand til å komme raskt inn etter at samarbeidspartnere har tatt kontakt. De har muligheten til å være fleksible med avtaler samt hvordan og hva tilbudet til familien kan bestå av. Teamet omtales som ubyråkratisk og direkte handlende gjennom ved at de kan dra hjem til familien, møte dem der og siden kunne variere møtesteder og møtetidspunkter. En viktig side ved samarbeidspartneres erfaringer er at de vurderer teamets faglighet og kompetanse som meget god og høyst relevant både i forhold til målgruppen og i relasjon til helheten i de tilbud som brukergruppen tilbys.

Data fra fokusgruppeintervjuet med de ansatte (N=5) i teamet viser til temaområdene ”Samarbeidets fleksibilitet”, ”Flerfaglig metodikk” og ”Fremtidens utfordringer”. Teammedlemmene viser her til at hensyn til familien og dennes behov er avgjørende for teamets tilnærming og metodikk. Dette gjelder

både i forholdet til den aktuelle familie og til de aktuelle samarbeidspartnere. Det fremholdes at teamet kan være fleksible, handlingsorientert og metodiske pluralistiske fordi de har rammemessige og faglige muligheter til å tilpasse tjenestetilbudet individuelt. Teamet fremholder sin egen flerfaglighet som avgjørende for utviklingen av deres tverrfaglige tilnæringer. De har bred faglig kompetanse. Samtidig jobber de med en målgruppe hvor det kan være vanskelig å avgjøre hva som kan være hjelpsom hjelp og hvordan den skal kunne måles. På denne bakgrunn ser teammedlemmene behov for å utvikle ny og felles kompetanse for å kunne imøtekomme både familiene og de andre samarbeidspartners ønsker og behov. Særlig gjelder dette arbeidet med å komme enda tettere på noen sentrale samarbeidspartnere og den hjelpen som utvikles til familiene gjennom både foreldreveiledning og familierapi.

5.4. Konklusjoner

Relasjonen mellom Forebyggende familieteam (FFT) sine målsetninger og studiens funn

Den overordnede målsettingen for FFT er at de skal fange opp, og tilby, gravide og familier med barn i aldersgruppen 0-6 år hvor en forelder har et psykisk problem og /eller vansker med rus for å kunne nødvendig hjelp og oppfølging.

Evalueringsstudiens empiriske data basert i demografi om brukere, kvantitative og kvalitative undersøkelser fra brukere, samarbeidspartnere og teammedlemmer dokumenterer at teamet arbeider i tråd med den overordnede målsettingen. Den nødvendige hjelpen og oppfølgingen skal kunne:

1. Forebygge skader og komplikasjoner i fosterlivet

Studien viser hvordan teamet arbeider for å realisere denne målsettingen ved å intervensere tidlig i svangerskapet for mange førstegangsgravide samt å følge familien over tid i ulike faser og utfordringer.

2. Sikre barnet trygge oppvekstvilkår sammen med kompetente voksenpersoner

Studien viser at teamet fremstår som familiens følgesvenn ved å knytte sammen ulike samarbeidspartnere og tjenestetilbud med den hensikt å imøtekomme målgruppens sammensatte ønsker og behov.

3. Styrke mor og far i deres foreldrekompetanse

Studien viser at brukerne opplever at samarbeidet med teamet har støttet og styrket deres kompetanse som foreldre og bidratt positivt til barnets trivsel og utvikling.

4. Fremme en optimal utvikling hos barnet fysisk, psykisk og sosialt

Studien dokumenterer at fokus på tidlig intervensjon, støtte og styrke foreldrenes omsorgskompetanse samt samarbeidet med andre tjenestetilbud søker å ivareta denne målsettingen.

5. Forebygge feilutvikling, omsorgssvikt og overgrep

Studien viser at teamet har et nært samarbeid med familien og andre tjenestetilbud med å forebygge feilutvikling, omsorgssvikt og overgrep. Studien dokumenter et utstrakt samarbeid med barnvernstjenestene som særlig fokuserer denne målsettingen.

6. Forebygge at barnet selv utvikler psykiske vansker eller rusmiddelproblemer

Studien dokumenterer at fokus på å forebygge rusrealterte skader og psykososiale vansker, støtte og styrke foreldrenes omsorgskompetanse samt samarbeidet med andre tjenestetilbud søker å realisere denne målsettingen.

Relasjonen mellom studiens forskningsspørsmål og dens funn

Studiens hensikt var å beskrive og evaluere hvordan organiseringen og innholdet i tjenestetilbudet i FFT har bidratt til å fange opp den ønskede målgruppen, fremstått som et lavterskeltilbud og bidratt til økt samarbeid mellom ulike faglige instanser i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Disse to hovedområdene ble ytterligere spesifisert i følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan fremstår familieteamet som et lavterskeltilbud for den angitte målgruppen?
2. Hvordan beskrives og vurderes teamets organisering og samarbeid relatert til kommune- og spesialisthelsetjenesten i Asker og Bærum kommuner?

Relatert til forskningsspørsmålene for denne studien er det forskningsmessig grunnlag for å konkludere slik:

1. Forebyggende familieteam fremstår som et lavterskeltilbud i faglig og organisatorisk for personer henvises eller selv ønsker kontakt med teamet.
2. Forebyggende familieteam arbeider med og mot den definerte og beskrevne målgruppen.
3. Forebyggende familieteam beskrives som en overgripende brobygger mellom ulike tjenestetilbud og som familiens følgesvenn i samarbeidet med og mellom tjenestetilbudene.
4. Forebyggende familieteam vurderes som fleksible, samarbeidsorienterte og tillitskapende både av brukere og samarbeidspartnere.
5. Forebyggende familieteamets faglige kompetanse vurderes som fler- og tverrfaglig relevant og meget god både av brukere og samarbeidspartnere.
6. Forebyggende familieteam har utfordringer knyttet til avklaring av kompetanse- og ressursbruk med deler av spesialisthelsetjenesten samt å gjøre teamet ytterligere kjent blant kommunale tjenestetilbud og fastleger.
7. Forebyggende familieteam utfører systematisk kunnskapsutvikling av eget faglig arbeid gjennom beskrivelse og evaluering. Et arbeid som i seg selv bør berømmes.

Referanser

1. Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008). *Oppdragsdokument 2008*. Helse Sør-Øst RHF.
2. Vestre Viken HF, Klinikk for psykisk helse og rus, Asker DPS. (2007). "Prosjektbeskrivelse Prosjekt Forebyggende Familieteam- FFT".
3. Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011). *Oppdragsdokument 2011*. Helse Sør-Øst RHF.
4. Helse- og Omsorgsdepartementet. (1999). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008*.
5. Helse- og Omsorgsdepartementet. (2008). *Høring – Forslag til endring av helsepersonelloven mv. for å styrke rettstillingen til barn av pasienter*.
6. Helse- og Omsorgsdepartementet. (2007). *Oppdragsdokument 2011*. Helse Sør-Øst RHF.
7. Kufås, E., Lund, K., & Rynning L. M. (2011). Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. I: A. J. W.Andersen, & B. E. Karlsson (red.). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
8. Alvik, A. (2007). *Alcohol use before, during and after pregnancy. A population based study in Oslo, Norway*. Doktorgradsavhandling, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo.
9. von der Lippe, A.L. & Wilkinson, S.R. (red.) (2005). *Risikoutvikling: Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging. Et jubileumsskrift til Kari Killén*. Oslo. NOVA.
10. Rimehaug, T., Børstad, J.M., Helmersberg, I. & Wold, J. (2006). De "usynlige" barna. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126: 1493- 96.
11. Olofsson, M. (2006). Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Danmark. Sundhedsstyrelsen.
12. Solantaus, T. & Toikka, S. (2006). The Effective Family Programme: Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*. 8(3), 37 – 43.
13. Beardslee, W.R. & MacMillan, H. (1993). Preventive interventions with the children of depressed parents: a case study. *Psychoanalysis and the Child* 48, 249 -76.
14. Solantaus, T. (2006). *Föra barnen på tal – när en förelder har psykisk ohälsa. Manual og loggbok*. Finland. Stakes.
15. Wang A.-R., Goldschmidt V. V. (1994). Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatry Scand* 1994: 90: 459-465.
16. Wang A.-R., Goldschmidt V. V. (1996). Interviews with psykiatriske inpasienter om profesjonell intervensjon med hensyn til deres barn. *Acta Psykiatr. Scand* 1996: 93: 57-61.

17. Smeby, Aa., N. (2000). Samtale med ungdom når mor eller far er innlagt i psykiatrisk akuttavdeling. *Dialog* 2-3:25-30.
18. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. (2. ed.). New York Guilford Press.
19. Lindboe, B. (2005). *Fødselsdepresjon i et relasjonsperspektiv. Hvordan kan negativ innvirkning på barnet forstås og forebygges, når mor er deprimert i forbindelse med fødsel*. Fordypningsoppgave i psykososialt arbeid. Høgskolen i Oslo.
20. Brodén, M. (2004). *Graviditetens muligheter. En tid hvor relationer skabes og utvikles*. København. Akademisk Forlag.
21. Karlsson, B. & Lerdal, A. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3: 172- 175.
22. Puchta C. og Potter, J. (2004). *Focus Group Practice*. London: Sage publications.
23. Barbosa da Silva, A. (1996). Analys av tekster. I: P-G. Svensson og B. Starrin (red.). *Kvalitative studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
24. Kvale, S. (1997). *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
25. Helse- og omsorgsdepartementet (2009). St.meld. nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. *Rett handling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Vedlegg 1. Forespørsel om deltakelse til samarbeidspartnere.

Forespørsel om deltakelse i evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF” – samarbeidspartnere.

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder studien Evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”. Hensikten med denne studien er å evaluere tjenestetilbudet Forbyggende familieteam. Særlig vil en utforske hvordan organiseringen og innholdet i tjenestetilbudet har bidratt til å fange opp den ønskede målgruppen, fremstått som et lavterskeltilbud og bidratt til økt samarbeid mellom ulike faglige instanser i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Som en av samarbeidspartnerne til Forebyggende familieteam ønsker vi å intervju deg om dine erfaringer i forhold til følgende spørsmål:

1. Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med et faglige og organisatoriske samarbeidet med Forebyggende familieteam?
2. Hvordan vil du beskrive at Forebyggende familieteam har bidratt til å fremstå som et lavterskeltilbud for den beskrevne målgruppen samt bidratt til å påvirke kvaliteten på samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i Asker og Bærum?

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi at du som samarbeidspartner skal delta i et fokusgruppeintervju sammen med andre samarbeidspartnere fra Asker og Bærum kommuner. Intervjuene vil bli ledet av undertegnede. Fokusgruppeintervjuet vil vare i ca 1,5 til 2 timer og vil utdype de erfaringene dere har som samarbeidspartnere med Forebyggende familieteam. Hele intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Det skrives så ut og om du ønsker sendes dette til deg for endelig godkjenning. I den anledning vil Forebyggende familieteam ved teamleder Bente Lindboe opprette og oppbevare en navneliste over deltakerne. Denne vil bli slettet innen 31.12.2012.

Den som skal gjennomføre intervjuene heter Bengt Karlsson, og er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2012. Resultatene vil bli publisert i en rapport og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte professor Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud, mobil 90 64 90 78.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Dekan Heidi Kapstad ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, er databehandlingsansvarlig. Prosjektleder er professor Bengt Karlsson, ansatt ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud. Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, har godkjent studien.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Forebyggende familieteam ved Bente Lindboe og Elin Kufås har adgang til navnelisten og som kan tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert.

Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av prosjektmidler fra HOD ved styringsgruppen for Forebyggende familieteam Torgeir Vethe, Vestre Viken HF.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg om å underskrive samtykkeerklæringen og returnere svarkonvolutten. Når vi har mottatt denne vil vi ta kontakt for nærmere avtale om intervju tidspunkt.

Vennlig hilsen

Oslo 01.september 2011.

Bengt Karlsson, Prosjektleder.

Vedlegg 2. Samtykkeerklæring fra deltakende samarbeidspartnere.

**Samtykke til deltakelse i prosjektet ”Evaluering av
”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med
familieambulatoriet i Vestre Viken HF” - samarbeidspartnere.**

Jeg er villig til å delta i studien ”Evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 -
Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien ” Evaluering av ”Forebyggende
familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”.

(Signert, rolle i studien, dato)

Bengt Karlsson, prosjektleder.

Vedlegg 3. Forespørsel om deltakelse til teammedlemmer.

Forespørsel om deltakelse i prosjektet ” Evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF” - teammedlemmer

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder studien Evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”. Hensikten med denne studien er å evaluere tjenestetilbudet Forbyggende familieteam. Særlig vil en utforske hvordan organiseringen og innholdet i tjenestetilbudet har bidratt til å fange opp den ønskede målgruppen, fremstått som et lavterskeltilbud og bidratt til økt samarbeid mellom ulike faglige instanser i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Som et av teammedlemmene i Forebyggende familieteam ønsker vi å intervju deg om dine erfaringer i forhold til følgende spørsmål:

1. Hvordan vil du beskrive at Forebyggende familieteam har bidratt til å fremstå som et lavterskeltilbud for den beskrevne målgruppen samt bidratt til å påvirke kvaliteten på samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i Asker og Bærum?
2. Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med det faglige og organisatoriske samarbeidet mellom Forebyggende familieteam og andre samarbeidspartnere?
3. Hvordan vil du beskrive sentrale faglige tilnærminger og metoder i samarbeidet med brukere av teamet?

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi at du som teammedlem skal delta i et fokusgruppeintervju sammen med andre teammedlemmer i Forebyggende familieteam. Intervjuene vil bli ledet av undertegnede. Fokusgruppeintervjuet vil vare i ca 1,5 til 2 timer og vil utdype de erfaringene dere har som samarbeidspartnere med Forebyggende familieteam. Hele intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Det skrives så ut og om du ønsker sendes dette til deg for endelig godkjenning. I den anledning vil Forebyggende familieteam ved teamleder Bente

Lindboe opprette og oppbevare en navneliste over deltakerne. Denne vil bli slettet innen 31.12.2012.

Den som skal gjennomføre intervjuene heter Bengt Karlsson, og er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2012. Resultatene vil bli publisert i en rapport og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte professor Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud, mobil 90 64 90 78.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

Dekan Heidi Kapstad ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, er databehandlingsansvarlig. Prosjektleder er professor Bengt Karlsson, ansatt ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud. Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, har godkjent studien.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Teamleder i Forebyggende familieteam Bente Lindboe har adgang til navnelisten og kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av prosjektmidler fra HOD ved styringsgruppen for Forebyggende familieteam Torgeir Vethe, Vestre Viken HF.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg om å underskrive samtykkeerklæringen og returnere svarkonvolutten. Når vi har mottatt denne vil vi ta kontakt for nærmere avtale om intervju tidspunkt.

Vennlig hilsen

Oslo 01.september 2011.

Bengt Karlsson, Prosjektleder.

Vedlegg 4. Samtykkeerklæring om deltakelse fra teammedlemmer.

Samtykke om deltakelse i prosjektet ”Evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF” - teammedlemmer.

Jeg er villig til å delta i studien ”Evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien ”Evaluering av ”Forebyggende familieteam”– 2008 – 2011 - Forsøk med familieambulatoriet i Vestre Viken HF”.

(Signert, rolle i studien, dato)

Bengt Karlsson, prosjektleder.

Vedlegg 5. Spørreskjema knyttet til familieevaluering

Spørreundersøkelse 2011

For Forebyggende familieteam, Asker distriktpsikiatriske senter, Vestre Viken helseforetak

Denne spørreundersøkelsen er laget for å bistå Forebyggende familieteam (FFT) i å utvikle et best mulig tilbud til gravide, barn og foreldre. Tilbakemeldinger fra dere som har eller har hatt kontakt med teamet, er viktige for å vite om tilbudet samsvarer med behovene.

Hvis du har spørsmål eller trenger hjelp med gjennomføringen, ta kontakt med prosjektleder Bente Lindboe, tlf 952 18 870, eller din kontaktperson i FFT.

Kjønn

- Kvinne
- Mann

Ved første kontakt med FFT:

- Var jeg gravid/partner og ventet første barn
- Var jeg gravid /partner og hadde barn fra før
- Ventet jeg ikke barn men hadde barn fra før

Hvor mange barn hadde du ved første kontakt med FFT?

- Et barn
- To barn
- Tre barn
- Flere enn tre barn

Sivil status

- Gift/samboer
- Alene/enslig
- Annet

Hva er din utdanning?

- Ikke fullført grunnskole
- Fullført grunnskole
- Fullført videregående skole
- Fullført høyskole/universitet

Hvordan fikk du den første informasjonen om FFT?

- Hos fastlegen
- På helsestasjonen
- På føde-/barselavdelingen
- På psykiatrisk poliklinikk eller døgnvakt
- Fra familie/venner
- Annet

Hvor lenge har du hatt kontakt med FFT?

- Mindre enn en måned
- 1 - 6 måneder
- 7 - 12 måneder
- Mer enn et år

Hva var/er årsaken til din kontakt med FFT? (Du kan gjerne sette flere kryss)

- Egne psykiske vansker
- Eget problematisk forhold til rusmidler
- Partners psykiske vansker
- Partners problematiske forhold til rusmidler

Følges noen i familien opp av de nevnte instanser eller tjenester?

(Du kan gjerne sette flere kryss)

- Barnevernstjenesten
- Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP)
- Sosialtjenestens rustiltak (Progress/SRT)
- Behandling for psykiske vansker
- Behandling for rusrelaterte vansker

Vi ønsker nå å få vite litt om din opplevelse av det tilbudet du/din
familie har fått hos FFT. (Med familie mener vi barn og en eller begge foreldre/steforeldre)

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
Opplever du at oppfølgingen fra FFT har vært tilpasset din og din families situasjon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har kontaktpersonene dine i FFT snakket til deg slik at du forstod dem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du noen gang savnet informasjon under kontakten med FFT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at kontaktpersonene i FFT har samarbeidet godt med deg/din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært involvert i avgjørelser som angår oppfølgingen du/din familie har fått?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mener du at du/din familie på noen måte har blitt feilbehandlet av FFT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt tillit til kontaktpersonens faglige dyktighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
Opplever du at FFT har samarbeidet godt med andre instanser/hjelpetilbud som du/familien har fått?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måtte du vente for å få et tilbud fra FFT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har det vært lett å oppnå kontakt med FFT utenom timeavtalene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis du ser oppfølgingen fra FFT under ett, opplever du at hjelpen du ahr fått samsvarer med dine forentninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at støtten fra FFT har bidratt positivt for ditt/dine barns trivsel og utvikling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du at støtten fra FFT har bidratt positivt for din mestring av foreldrerollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du alt i alt fornøyd med oppfølgingen du/Din familie har fått fra FFT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ville du anbefale tilbudet fra FFT til andre i en liknende situasjon som deg?

I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Takk for at du har bidratt!

Vedlegg 6. Spørreskjema knyttet til samarbeidspartneres evaluering av FFT.

Spørreundersøkelse 2011

For Forebyggende famileteam, Asker
distriktpsikiatrisk senter, Vestre Viken
helseforetak

Forebyggende famileteam (FFT) er et lavterskeltilbud til gravide og småbarnsfamilier der mor eller far sliter med sin psykiske helse eller i forhold til rusmidler.

Dette er en spørreundersøkelse rettet til fagpersoner som har henvist til, eller hatt en felles sak med FFT, og ledere av virksomheter som er sentrale for FFT's målgruppe.

Alle spørsmål på en side må besvares før man kan gå videre til neste. Det er mulig å gå tilbake til foregående side for å endre.

Undersøkelsen er anonym.

Takk for at du tar deg tid til å bidra med verdifull tilbakemelding!

Hvordan fikk du informasjon om FFT? (Flere kryss mulig)

- (1) Brosjyre
- (2) Informasjon på møte/seminar
- (3) Via en kollaga
- (4) Via felles sak
- (5) Annet - oppgi: _____

Kryss av (flere valg mulig):

- (2) Har henvist til FFT
- (1) Har hatt felles sak med FFT
- (3) Er tjenesteleder/seksjonleder

Antall saker der du har henvist til eller hatt felles med FFT:

- (1) 0 - 1
- (2) 2 - 5
- (3) 6 - 10
- (4) Fler enn 10

Hvis du har henvist til FFT, hva var din faglige begrunnelse for dette?

- (1) Inntakrutiner
- (2) Kjennskap til medarbeiderne i FFT
- (3) Den tverrfaglige sammensetningen
- (4) Teamets kompetanse (på gravide, sped-/småbarn, psykisk helse og rusproblematikk)
- (6) Annet - oppgi: _____
- (6) Ikke aktuelt

Tjenestested:

- (1) Helsestasjon
- (2) Legekontor
- (3) Bamevern

- (4) Kommunalt rustiltak
- (5) Spesialisthelsetjeneste psykisk helse/rus
- (6) BUP
- (7) Kvinnekinikken
- (8) Annet - oppgi: _____

Informasjon om tilbudet

I hvor stor grad har du kjennskap til tilbudet fra FFT?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) I noen grad
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad

Har du utdypende kommentarer vedrørende informasjon, forslag til endringer eller forbedringer (Frivillig å fylle ut)?

Tilgjengelighet

Vurderer/anser du FFT som et lett tilgjengelig tilbud?

(3) I svært liten grad

(2) I liten grad

(1) I noen grad

(6) I stor grad

(6) I svært stor grad

Har du utdypende kommentarer vedrørende tilgjengelighet, forslag til endringer eller forbedringer (Frivillig å fylle ut)?

Faglig innhold

Vurderer du den faglige kvaliteten på tilbudet fra FFT som god?

(3) I svært liten grad

(2) I liten grad

(1) I noen grad

(6) I stor grad

(6) I svært stor grad

Har du utdypende kommentarer vedrørende den faglige kvaliteten på tilbudet, forslag til endringer eller forbedringer (Frivillig å fylle ut)?

Samarbeid

Opplever du informasjonen fra FFT i enkeltsaker som god/tilstrekkelig??

- (3) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (1) I noen grad
- (6) I stor grad
- (6) I svært stor grad

Har faglig uenighet rundt oppfølging av felles pasient blitt løst på en tilfredsstillende måte?

- (3) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (1) I noen grad
- (6) I stor grad
- (6) I svært stor grad
- (7) Ikke aktuelt

Har FFT samarbeidet godt med deg/dine ansatte i enkeltsaker?

- (3) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (1) I noen grad
- (6) I stor grad
- (6) I svært stor grad

Har du utdypende kommentarer vedrørende samarbeid, forslag til endringer eller forbedringer
(Frivillig å fylle ut)?

Synes du tilbudet fra FFT alt i alt er tilfredsstillende?

- (3) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (1) I noen grad
- (6) I stor grad
- (6) I svært stor grad

Avslutning

Har etableringen av FFT hatt noen positiv betydning for deg i ditt arbeid med målgruppen?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) I noen grad
- (4) I stor grad
- (6) I svært stor grad
- (6) Vet ikke/uaktuelt

Ville du anbefale en kollega/en av dine ansatte å henvise en gravid/familie til FFT?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) I noen grad
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad

FFT er et relativt nytt tilbud. Det er i dag flere delvis parallelle og overlappende tilbud til samme målgruppe.

I hvilken grad anser du at det samlede tilbudet til målgruppen er godt nok *uten* etableringen av FFT?

- (1) I svært liten grad
- (2) I liten grad
- (3) I noen grad
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad

Kan du utdype dette?

Takk for at du har bidratt!
Klikk på "Avslutt" for å
komme ut av undersøkelsen.

Vedlegg 7. Intervjuguide brukt i fokusgruppeintervju med samarbeidspartnere.

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

Om faglig og organisatorisk samarbeid med Forebyggende familieteam:

Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med det faglige samarbeidet med Forebyggende familieteam?

Hva har vært styrker og svakheter i det faglige samarbeidet?

Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med det organisatoriske samarbeidet med Forebyggende familieteam?

Hva har vært styrker og svakheter i det organisatoriske samarbeidet?

Hvordan har Forebyggende familieteam bidratt til å påvirke kvaliteten på samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i Asker og Bærum?

Om målsettingen med Forebyggende familieteam:

Hvordan vil du beskrive at Forebyggende familieteam har fremstått som et lavterskeltilbud?

Hvis ikke, hvorfor?

Opplever du at tjenestetilbudet har nådd beskrevne målgruppen?

Hvis ikke, hvorfor?

Hvordan har Forebyggende familieteam nådd sin faglige målsetting?

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette fokusgruppeintervjuet?

Er du noe du ønsker å tilføye eller å si før vi avslutter intervjuet?

Vedlegg 8. Intervjuguide til bruk i fokusgruppeintervju med teammedlemmer.

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

Om målsetting med Forebyggende familieteam:

Hvordan vil du beskrive at Forebyggende familieteam har bidratt til å fremstå som et lavterskeltilbud for den beskrevne målgruppen?

Har tilbudet bidratt til å påvirke kvaliteten på samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i Asker og Bærum?

Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med det faglige og organisatoriske samarbeidet mellom Forebyggende familieteam og andre samarbeidspartnere?

Hva har vært de sentrale begrensingene og mulighetene i samarbeidet?

Hva kunne vært gjort annerledes mht. innhold og organisering?

Om faglige arbeidsmåter og tilnærminger i det Forebyggende familieteam:

Hvordan vil du beskrive sentrale faglige tilnærminger og metoder i samarbeidet med brukere av teamet?

Hvordan har de faglige arbeidsmåtene stått i forhold til den definerte målgruppen?


Hvilke arbeidsmåter har dere utviklet underveis – hvilke har dere lagt til siden?

Hvordan har teamets tverrfaglige sammensetning påvirket arbeidsmåtene?

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette fokusgruppeintervjuet?

Er du noe du ønsker å tilføye eller å si før vi avslutter intervjuet?



**Institutt for forskning innen psykisk helse og rus
ønsker å bidra til styrking og utvikling av kunnskap
innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem
områder:**

- Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper
- Person- og kontekstsentrerte tilnærminger
- Familie- og nettverksperspektiv
- Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet
- Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid i klinisk praksis

**The mission of the Institute for research in
mental health and substance abuse is contribution
to the development of knowledge with the following
specific foci:**

- Subjective experiences of mental health problems and 'helpful' help
- Individual and contextual approaches of help and support in mental health care
- Family and network perspectives in studies of mental health problems and substance abuse
- Innovations in mental health service organisation, practice, and evaluation
- Participatory action research involving mental health service providers and service users

ISBN: 978-82-8290-004-1



Høgskolen i Buskerud
Fakultet for helsevitenskap

Adresse:
Papirbredden - Drammen
kunnskapspark
Grønland 58
3045 Drammen

www.hibu.no/ifpr

Kontakter:

Professor Bengt Karlsson:
bengt.karlsson@hibu.no
– tlf. 906 49 078

Professor Marit Borg:
marit.borg@hibu.no
– tlf. 472 89 487
