

Barnevernreformen – en helsefremmende reform?

En analyse av fagteamet som tilrettelegger for helsefremmende arbeid i grensesnittet mellom første- og andrelinjetjenesten



Privat foto

HØGSKOLEN I VESTFOLD

Master i helsefremmende arbeid

Kandidatens navn: Linda Løyning

Måned/årstall: juni 2008

Sammendrag

Barnevernsbarn og deres foreldre har langt dårligere helse og helseutsikter enn den øvrige befolkningen (Kristofersen, 2006.; Kristofersen og Clausen, 2008). Barnevernet er derfor en høyst aktuell arena for helsefremmende arbeid. Formålet med denne studien har vært å vise at barnevernreformen var en reform for helsefremmende arbeid med intensjon om å bruke barnevernets kompetanse på en helsefremmende måte, i et helhetlig samspill med andre aktører som arbeider for barn og unges beste.

Det sentrale spørsmålet i studien er om det nye barnevernet har fått en organisering og oppgavefordeling som er hensiktsmessig for å nå de helsefremmende målsetningene. Dette besvares gjennom en organisasjonsanalyse av det statlige barnevernet slik det fremstår vel fire år etter reformen. Fokuset er fagteamene, som er gitt rollen som Bufetats helsefremmende endringsagenter.

Studien ble lagt opp som en kvalitativ undersøkelse i tre deler. Innledningsvis foretok jeg en sammenlikning av barnevernreformens styringsdokumenter og et av WHO's grunnlagsdokumenter for helsefremmende arbeid. Dette viste at barnevernreformens målsetninger speiler grunnleggende innsatsområder for helsefremmende arbeid. Deretter gjennomførte jeg en organisasjonsteoretisk analyse av ulike sider ved dagens organisering av barnevernet, Bufetat og de aktuelle interessegruppene rundt fagteamet. Gjennomgangen identifiserte ulik maktfordeling og interessemotsetninger mellom barnevernets aktører. Undersøkelsens tredje og viktigste del var intervjuer med ansatte i Bufetat. Dette for å få et bilde av fagteamenes utøvelse av helsefremmende arbeid, muligheter og dilemmaer i spenningsfeltet mot kommune, spesialisthelsetjeneste og interne enheter.

Undersøkelsen avdekket en helsefremmende reform hvis gjennomføring hemmes av lite hensiktsmessig organisering. Reformen som skulle tilrettelegge for tverretattlig relasjonsbygging og helhetlige tjenestetilbud, er gjennom valg av organisasjonsmodell og oppgavefordeling blitt splittende og konfliktskapende. Studien impliserer behov for å foreta en konstruktiv revurdering/ videreutvikling av barnevernets organisering for å oppnå likeverd og mer entydig og rasjonell oppgavefordeling mellom barnevernets utøvere.

Summary

Children's social welfare services in the Norwegian welfare state are supplied by municipalities and a governmental organisation recently reorganized in regional divisions.

The white paper describing this reform puts new and very strong emphases on health promotion. A comparison between the white paper and the Ottawa Charter shows this.

In the analyses of the new organizational setup, the 'pro-team' (fagteamet) takes the central stage as the interface between municipality and government, and what can be called the health promotion agent in the implementation of the health promotion policy outlined in the reform.

With a special focus on the 'pro-team', the main research question is if this is an effective way of organizing the work.

Through studies of policy, plans, evaluations, and through qualitative interviews with professionals in the government organisation, the theses points to several paradoxes and problematic aspects of the division of labour between the service providers, the decisional structure and service quality vs. economy conflict inbuilt in this system.

Forord

Masteroppgaven taler for seg selv. Denne siden vil jeg bruke til å rette stor takk til dem som hjalp meg å holde kursen da oppgaven begynte å leve sitt eget liv:

Takk til Hans Einar Hem for konstruktiv veiledning, takk til informantene som stilte velvillig opp og bød på stor innsikt og modige refleksjoner og takk til noen som ikke ønsker å bli navngitt, for informasjon, viktige spørsmål og forklaringer.

Jeg takker også dem som har støttet meg i å bruke tid og krefter på å gjennomføre dette studiet som har gitt meg så mye.

Åsgårdstrand, juni 2008

Linda Løyning

Sammendrag	2
Forord	4
1 Innledning	7
1.1 Leserveiledning	7
1.2 Noen begrepsavklaringer.....	8
2 Bakgrunn	9
2.1 Barnevernet	9
2.2 Ansvars- og oppgavefordelingen i barnevernet.....	10
2.3 Bufetats barnevernfaglige tjenestetilbud.....	11
2.4 Fagteamene	12
2.5 Barnevernreformen.....	13
3 Problemstilling	14
3.1 Forskningsspørsmål	14
3.2 Begrunnelse	15
3.2.1 Paradokser i barnevernreformen	15
3.2.2 Utdypning av forskningsspørsmålet.....	17
4 Metode	19
4.1 Beskrivelse av fremgangsmåte.....	19
4.2 Begrunning for metodevalg	19
4.2.1 Dokumentanalyse	20
4.2.2 Organisasjonsteoretisk analyse	20
4.2.3 Intervjuer	21
4.3 Forskningsetiske avklaringer	23
5 Helsefremmende perspektiv på barnevernreformen	24
5.1 Teori og begrepsavklaringer	24
5.1.1 Hva er helse?	24
5.1.2 Barnevernsbarnas helse	25
5.1.3 Helsefremmende arbeid.....	26
5.1.4 Bemyndigelse	27
5.1.5 Kapasitetsbygging	29
5.1.6 Settinger for helsefremmende arbeid	29
5.2 Analyse av barnevernreformens intensjoner	30
5.3 Oppsummering	33
6 Organisasjonsteoretisk analyse av andrelinjetjenesten	34
6.1 Organisasjonsbegrepet.....	34
6.2 Bakgrunnen for barnevernreformen.....	36

6.3	Omfanget av endringen	38
6.4	Drøfting ut fra fire fortolkningsrammer	40
6.4.1	Struktur	40
6.4.2	Human Resource	41
6.4.3	Symbolikk og kultur	43
6.4.4	Den politiske rammen	44
6.5	Interessentanalyse	44
6.5.1	Fagteamets interesser	44
6.5.2	Fagteamets forhold til samarbeidspartene	47
6.6	Oppsummering	48
7	Fagteamenes utøvelse av helsefremmende arbeid	49
7.1	Styrking av kommunenes kompetanse	49
7.1.1	Forebygging og tidlig intervensjon	49
7.1.2	Fagteamets konsultasjonsvirksomhet	50
7.1.3	Fagteamet som fasilitør for løsninger i nærmiljøet	52
7.1.4	Plassering av enkeltklient	55
7.2	Ivaretagelse av helhetsperspektivet	56
7.2.1	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten: BUP	56
7.2.2	Samarbeid med Bufetats aktører: behandlingseenhetene	58
7.3	Fagteamet som endringsagent	60
7.3.1	Forventninger til Bufetat og fagteamene	60
7.4	Faglig og økonomisk styring	61
7.4.1	Dilemmaer	62
7.4.2	Belønning og motivasjon	64
8	Oppsummering	66
8.1	Hovedfunn	66
8.2	Anbefalinger	67
8.3	Kritiske betraktninger	68
8.4	Konklusjon	69
9	Litteraturliste	70
	Vedlegg	77
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv m/ samtykkeerklæring	77
	Vedlegg 2: Intervju-guide fagteam	79
	Vedlegg 3: Intervju-guide tiltak	83
	Vedlegg 4: NSD's godkjenning av prosjektet	87

Antall ord: 17 421

1 Innledning

Barnevernreformen har sterke helsefremmende intensjoner. På bakgrunn av denne hypotesen har jeg gjennomført en organisasjonsanalyse av barnevernet slik det fremstår vel fire år etter reformen.

Ferske studier viser at barnevernsbarn og deres foreldre har langt dårligere helse og helseutsikter enn den øvrige befolkningen (Kristofersen, 2006.; Kristofersen og Clausen, 2008). Men hvordan kan barnevernet ikke bare forebygge helseproblemer, men fremme barnas helse? Jeg vil i oppgaven her vise at barnevernreformen var en reform for helsefremmende arbeid med intensjon om å legge til rette for å bruke barnevernets kompetanse på en helsefremmende måte, i et helhetlig samspill med andre aktører som arbeider for barn og unges beste. Spørsmålet jeg stiller er om den nye barneverntjenesten har fått en organisering og oppgavefordeling som er hensiktsmessig for å nå helsefremmende målsetninger. Viktige helsefremmende oppgaver er delegert til en liten gruppe medarbeidere: fagteamene.

Jeg innledet studien med å vise at barnevernreformens målsetninger speiler grunnleggende innsatsområder for helsefremmende arbeid. Deretter gjennomførte jeg en organisasjonsteoretisk analyse av Bufetat, med fokus på fagteamene som er gitt rollen som Bufetats helsefremmende endringsagenter. På bakgrunn av organisasjonsanalysen intervjuet jeg ansatte i Bufetat, for å få et bilde av fagteamenes arbeid, i grensesnittet mot kommune, spesialisthelsetjeneste og interne enheter.

1.1 Leserveiledning

Kapittel 2 gir en beskrivelse av barneverntjenestens funksjon og organisering og de ulike aktørene på området. Barnevernreformen presenteres kort. I kapittel 3 presenteres studiens forskningsspørsmål og bakenforliggende problemstillinger. Valg av fremgangsmåte for studien skisseres og drøftes i kapittel 4. Her redegjøres det også for forskningsetiske avklaringer. Kapittel 5 innledes med en gjennomgang av helsefremmende arbeids teori og verdigrunnlag. Dette leder over i en sammenliknende analyse av barnvernreformens styringsdokumenter og et av Verdens helseorganisasjons grunnlagsdokumenter for

helsefremmende arbeid. I kapittel 6 presenteres en organisasjonsteoretisk analyse av barnevernreformen, og ulike sider ved dagens organisering og de aktuelle interessegruppene rundt fagteamet. Alt på bakgrunn av spørsmålet om organiseringens egnethet for å ivareta helsefremmende intensjoner i reformen. I kapittel 7 beskrives og drøftes funn fra intervjuundersøkelsen om fagteamenes utøvelse av helsefremmende arbeid. Kapittel 8 oppsummerer studiens hovedfunn, drøfter begrensinger og mulige feilkilder, og presenterer noen implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning på feltet.

1.2 Noen begrepsavklaringer

Jeg har skrevet en masteroppgave om barnevernsbarna uten å drøfte deres barnevernfaglige problemstillinger. Det er ikke temaet her. Utgangspunktet mitt er at barnevernsbarna er like forskjellige som befolkningen ellers, og har de samme grunnleggende behov og rettigheter. På den bakgrunn forutsetter jeg at helsefremmende verdier, innsatsområder og virkemidler er like aktuelle for barnevernsbarna og deres familier som for andre samfunnsborgere.

Klientbegrepet

Jeg har valgt å omtale barnevernets barn og ungdommer som *barnevernsbarna* eller *klienter*, og deres foresatte som foreldre, familie og liknende dagligdagse betegnelser. Både barn og ungdom benevner jeg som *barna*. Ordet *bruker* forsøker jeg å unngå da det i noen sammenhenger kan være misvisende.

Behandlingsenheter

Barnevernet betegner tiltak som iverettes i forhold til atferdsproblematikk og rusmisbruk som behandling. Dette er en noe annen anvendelse av begrepet enn den man for eksempel har i helsetjenesten. Jeg problematiserer ikke dette i oppgaven, og anvender begrepet i tråd med barnevernets terminologi.

Andrelinjetjenestens ulike barnevernstilbud omtales gjerne som ”tiltak”. Ordet skaper misforståelser da det har flere betydninger. Jeg har valgt å bruke *behandlingsenhet* som en samlebetegnelse her selv om det ikke er dekkende.

Lokale løsninger

I oppgaven her anvender jeg begrepet *nærmiljøtiltak* og *’løsninger i nærmiljøet’* som fellesbetegnelse på alle tiltak som iverksettes der hvor barnet bor og lever. Det betyr at

PMTO¹ og MST² kommer inn under denne betegnelsen og ulike kommunale tiltak.

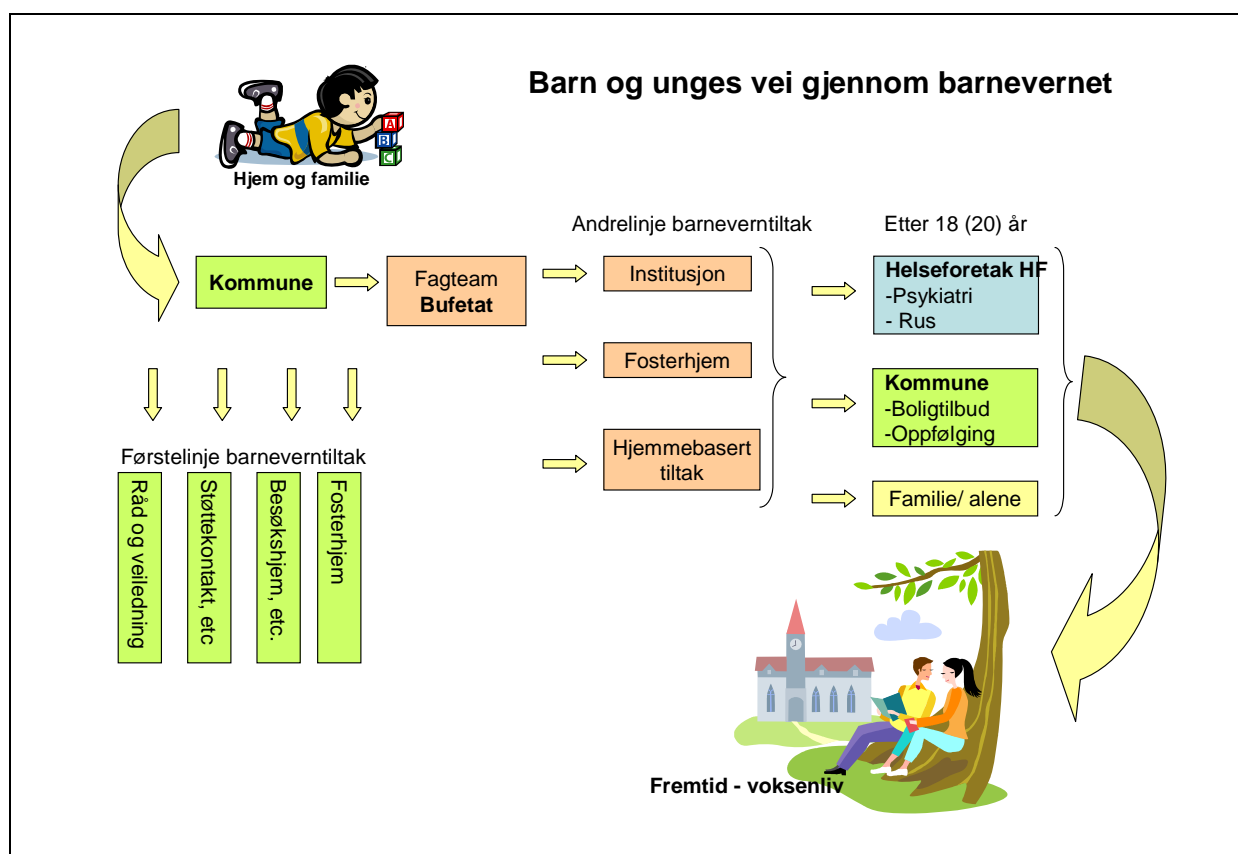
Fosterhjem kan være et slikt tiltak i seg selv dersom det er å oppfatte som en nærmiljøbasert løsning.

2 Bakgrunn

Barneverntjenesten er komplisert. Den har et omfattende lov- og regelverk, og tiltaksapparatet er sammensatt og nyansert. I teksten her skisserer jeg hovedtrekk ved tjenestens organisering, oppgaver og ansvarsfordeling.

2.1 Barnevernet

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold om kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp og omsorg, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Tiltak som settes i verk skal være til barnets beste, og hensynet til barnet er avgjørende (Barne- og likestillingsdepartementet, 2007a).



Figur 2.1 Barn og unges vei gjennom barnevernet.

¹ Parent Management Training Oregon, se også kapittel 2.3.

² Multisystemisk terapi, jfr kapittel 2.3

En barnevernsak starter med henvendelse fra foreldrene selv eller naboer, helsestasjon, skole eller andre som er bekymret for barnet. Barnevernet skal iversette hjelpetiltak for barnet og familien hvis barnet på grunn av forhold i hjemmet har særlige behov. Det kan dreie seg om råd, veiledning og enkle hjelpetiltak som eksempelvis støttekontakt, avlastningstiltak i hjemmet eller barnehageplass. Dersom hjelpetiltak i hjemmet ikke er tilstrekkelig for å ivareta barnets behov, kan barneverntjenesten formidle plass i fosterhjem, foreldre/barn-tiltak eller institusjon. Plasseringer utenfor hjemmet uten foreldrenes samtykke besluttet i fylkesnemnda etter forslag fra den kommunale barneverntjeneste.

2.2 Ansvars- og oppgavefordelingen i barnevernet

Barnevernmyndighetenes ansvar er regulert i barnevernloven (Barne- og familiedepartementet, 1992). Staten ved Barne- og likestillingsdepartementet har et overordnet ansvar for barnevernet, mens den utøvende virksomheten er lagt til den kommunale barneverntjenesten og Barne-, ungdoms- og familieetaten, heretter kalt Bufetat.

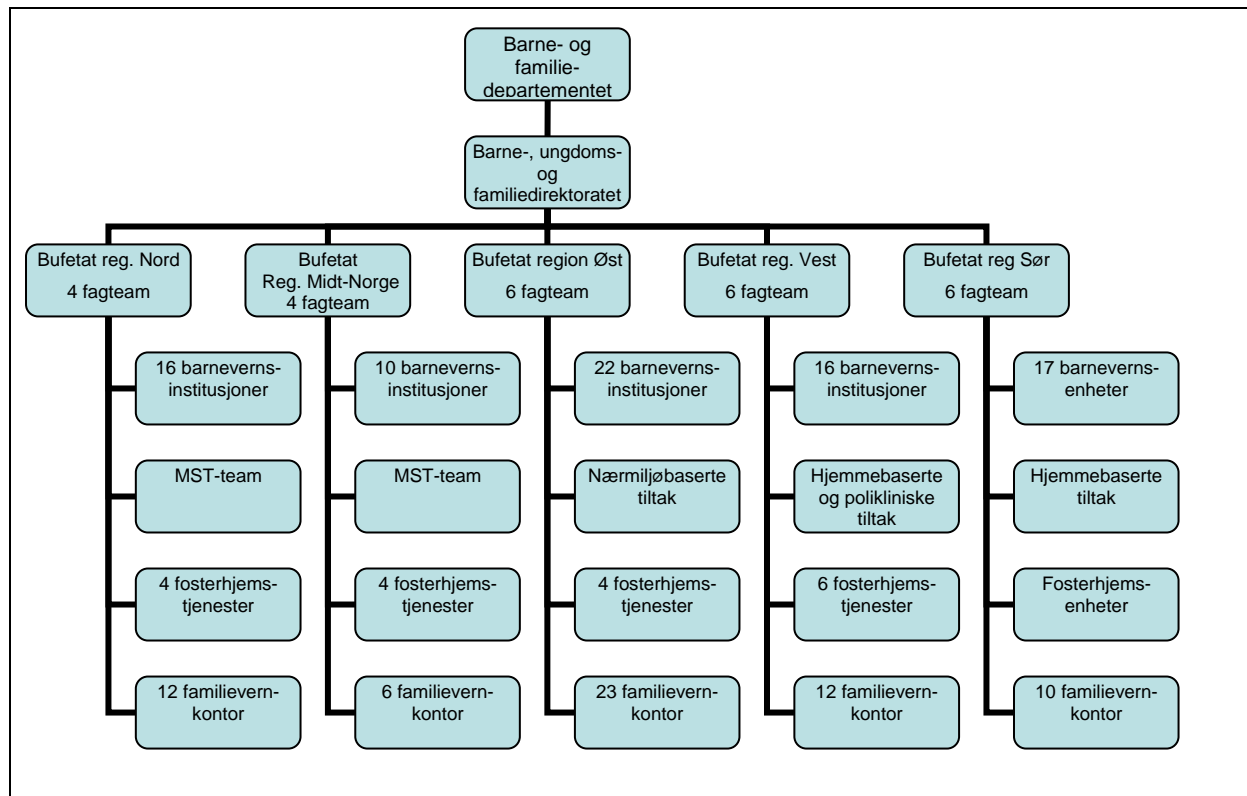
Den kommunale barneverntjenesten omtales gjerne som førstelinjetjenesten. Den skal blant annet gi råd og veiledning, foreta undersøkelser, treffe vedtak etter loven eller forberede saker for behandling i fylkesnemnda, iverksette og følge opp tiltak.

Barnevernets andrelinjetjeneste ivaretas av staten ved Bufetat. Andrelinjetjenesten skal etter anmodning bistå den kommunale barneverntjenesten med plassering av barn utenfor hjemmet. Staten har ansvar for å rekruttere og formidle fosterhjem, og for at fosterhjemmene får nødvendig opplæring og generell veiledning. De har også ansvar for etablering og drift av institusjoner og for godkjenning av private institusjoner som benyttes etter barnevernloven.

Barnevernsbarna har ofte sammensatte problemer og behov for hjelp fra flere aktører som for eksempel psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Andre tjenesteytere som har et grensesnitt mot det statlige barnevernet er barnehage, grunnskole, videregående skole, politi, kriminalomsorg med flere, se figur 2.3. Barnevernsklienter som fortsatt har et hjelpebehov etter fylte 18 (20) år er ikke lenger barnevernets ansvar, men må få hjelp fra eksempelvis spesialisthelsetjenesten eller kommunen.

2.3 Bufetats barnevernfaglige tjenestetilbud

Bufetats hovedoppgave er å bistå til at alle barn, ungdommer og familier som har behov for hjelp og støtte skal få det, uavhengig av hvor i landet de bor. Staten har ansvar for det statlige barnevernet, familievernet og adopsjon (Bufdir, 2007).



Figur 2.2 Organisasjonskart for Bufetat (Bufdir, 2007).

Hver region har en sentral administrasjon og et minimumstilbud av tjenester. Hvordan tjenestene er organisert varierer, men alle regionene har det under omtalte tilbudet.

Den statlige fosterhjemstjenesten har i hovedsak ansvaret for å rekruttere og formidle fosterfamilier, samt å gi opplæring og veiledning for fosterforeldre. De skal også tilby kommunene hjelp til rekruttering, opplæring og veiledning av tilsynsførere for kommunale fosterhjem.

Hjemmebaserte tjenester er terapeutiske tilbud til hjemmeboende barn, ungdom og deres foreldre/ fosterforeldre. Det dreier seg først og fremst om multisystemisk terapi (MST) og Parent Management Training Oregon (PMTO).

Fosterhjemsbaserte statlige tilbud omfatter beredskapshjem som tilbyr akutt plassering i fosterhjem, og såkalte forsterkede fosterhjem hvor barnet/ungdommen og fosterforeldrene får spesiell oppfølging.

Institusjonene gir tilbud til ulike målgrupper. Det dreier seg om tiltak for foreldre og barn, ungdomshjem og kollektiver med fokus på atferdsproblematikk og/eller rusproblematikk, samt akuttinstitusjoner.

Bufetat kjøper en stor andel tjenester fra private aktører. Det dreier seg om institusjonstilbud og fosterhjem.

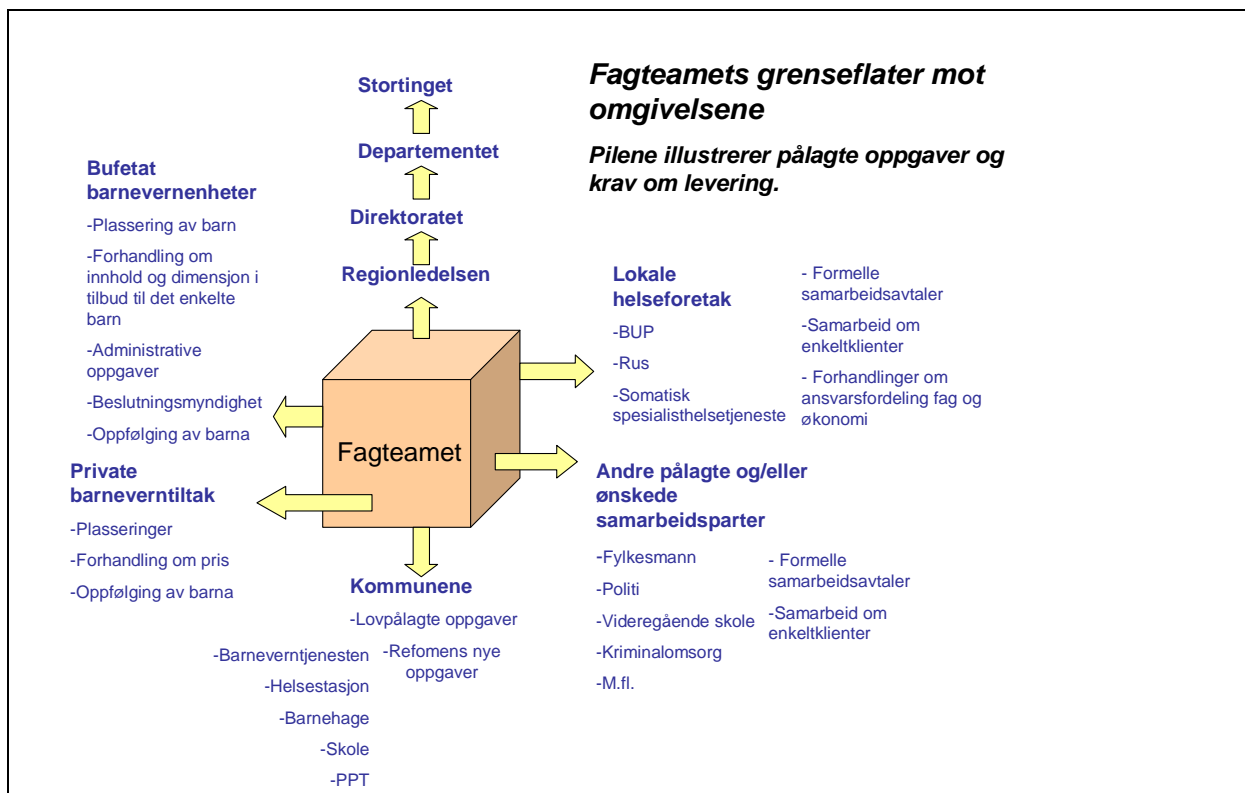
2.4 Fagteamene

Fagteamene er bindeleddet mellom staten og kommunene. Alle henvendelser og søknader fra kommunene om bistand fra Bufetat går via fagteamet. Fagteamet har ansvar for å gi råd og veiledning til kommunene generelt og i enkeltsaker, det være seg i forhold til utredning, valg av type tiltak, utarbeidelse av individuelle målsetninger og tiltaksplaner, generell opplæring samt å finne plass i den type tiltak som kommunene har vedtatt for enkeltklienter (Barne- og familiedepartementet, 2003).

Hver region har 4-6 fagteam. Fagteamene har 2-30 (median 18) kommuner i sitt opptaksområde.

Avhengig av befolkningsgrunnlag og blant annet reiseavstander i opptaksområdet, har fagteamet 6-12 medarbeidere, leder og kontorpersoneell inkludert. Det er lagt vekt på solid tverrfaglig kompetanse og erfaring i faggruppen. Den består av barnevernspedagoger, sosionomer, spesialpedagoger, psykologer og andre.

Organisatorisk er fagteamene plassert i linje til regiondirektøren. De betegnes ”regional barnevernmyndighet”, hvilket innebærer at de har beslutningsmyndighet og -ansvar i plasseringssaker i alle statlige tiltak. De er imidlertid geografisk spredt rundt i regionene med til dels lang anstand til regionledelsen. I tillegg til barnevernfaglige utfordringer har fagteammedarbeiderne ansvar for å forhandle med tiltak om omfang og kostnad, hvilket er av stor betydning for Bufetats økonomi. Fagteamene er pålagt omfattende og hyppige krav om rapportering av sin virksomhet.



Figur 2.3 Fagteamets grenseflater mot andre aktører

2.5 Barnevernreformen

Frem til 2004 var det fylkeskommunen som hadde ansvaret for barnevernets andrelinjetjeneste, men i etterkant av helsereformen ble det foretatt en gjennomgang av fylkesbarnevernet og familievernnet som resulterte i barnevern- og familievernreformen.

Faglige mål og strategier for statens barnevern

I forbindelse med den statlige overtakelsen av fylkeskommunens oppgaver, utarbeidet departementet et såkalt strategidokument for å sikre at Stortingets vedtatte målsetninger for reformen ble iverksatt. De viktigste målene for barnevernreformen ble beskrevet som følger:

- å sikre en bedre faglig og økonomisk styring av barnevernet
- å sikre likeverdige tilbud i hele landet til barn og unge som trenger barneverntjenester,
- å utvikle et bedre samarbeid og bedre tjenester til kommunene,
- å sikre god kvalitet i alle ledd innen barnevernet,
- å bidra aktivt til at det skjer en faglig videreutvikling av tjenestetilbudet i barnevernet
- å bidra til bedre samarbeid med tilgrensende tjenester.

Disse målene skulle nås gjennom følgende strategier for det nye statlige barnevernets organisasjon og tjenester:

- høy kompetanse nær brukerne
- høyt servicenivå overfor brukerne
- vektlegging av forebyggende tiltak
- god, tydelig og stram økonomisk og faglig styring
- sikre sammenhengen i og samarbeidet mellom tiltakene, herunder også eksterne tiltak som private aktører, spesialisthelsetjenesten m.fl.
- system for forskning, evaluering og kvalitetsutvikling (Barne- og familiedepartementet, 2003).

Fagteamene ble opprettet som bindeledd mellom kommunene og Bufetat. De fikk tverrfaglig bemanning for å sikre bred tilnærming.

3 Problemstilling

I dette kapittelet presenteres studiens forskningsspørsmål og bakenforliggende problemstillinger.

3.1 *Forskningsspørsmål*

Forskningsspørsmålet tar utgangspunkt i Bufetats oppgaver og organisering slik dette er fremstilt i strategidokumentet som ble utarbeidet til oppstarten for det statlige barnevernet (Barne- og familiedepartementet, 2003). Spørsmålet er presisert i to underspørsmål som relaterer seg til sentrale innsatsområder for helsefremmende arbeid (World Health Organisation, 1986).

Forskningsspørsmålet:

Hvordan fungerer fagteamet som Bufetats helsefremmende aktør i grensesnittet mellom barnevernets første- og andrelinjetjeneste?

- 1) Hvordan fungerer fagteamet som tilrettelegger for nærmiljøstrategi i barnevernet?
- 2) Hvordan fungerer fagteamet som tilrettelegger for lokale tverrfaglige og tverretatlige samarbeid for fremme av barnevernsbarnas helse?

Gjennom disse spørsmålene har jeg forsøkt å avdekke hvordan Bufetat gjennom fagteamene bidrar til å iverksette og praktisere grunnleggende strategier for helsefremmende arbeid. De samme spørsmålene har også dannet utgangspunkt for konstruktiv analyse av nåværende organisering og oppgavefordeling i barneverntjenesten.

3.2 Begrunnelse

Forskningsspørsmålet bygger på en hypotese om at barnevernreformens intensjoner gjenspeiler sentrale innsatsområder for helsefremmende arbeid. Samtidig har barneverntjenesten gjennom reformen fått en organisering og oppgavefordeling som kanskje vanskeliggjør gjennomføring av de helsefremmende målene.

3.2.1 Paradokser i barnevernreformen

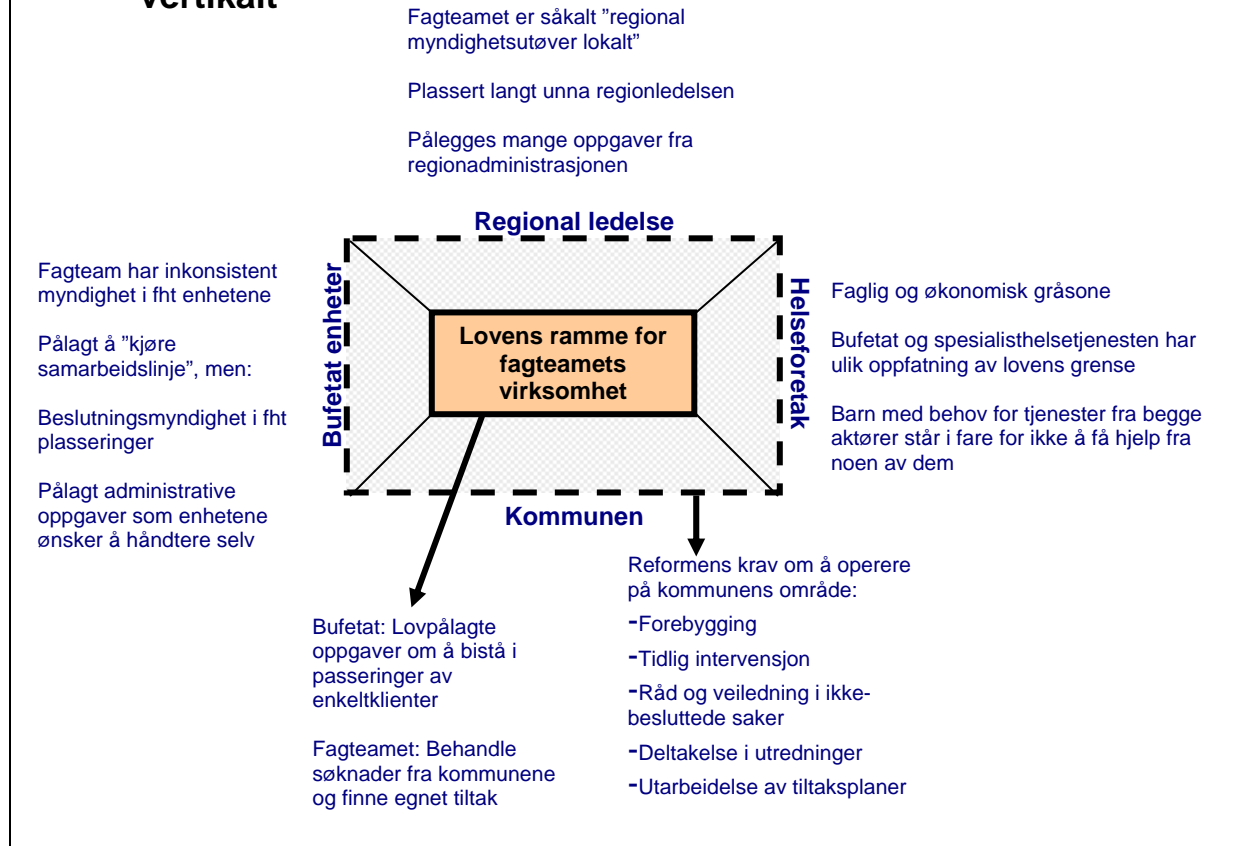
Det nye barnevernets organisering inneholder en rekke paradokser. Det mest åpenbare er kravet om stram økonomistyring og kostnadseffektivitet som tilsier at en ansvarlig virksomhet vil prioritere lovpålagte oppgaver fremfor ikke-lovpålagte helsefremmende oppgaver som til dels ligger på andre tjenesteutøveres ansvarsområde.

Grensesnittet mellom første- og andrelinjetjenesten

De faglige intensjonene som lå til grunn for barnevernreformen omfattet hele barneverntjenesten (Barne- og familiedepartementet, 2002b). Det var imidlertid kun andrelinjetjenesten som ble omorganisert og fikk nye oppgaver (Barne- og familiedepartementet, 2003). Disse føringene setter et annet grensesnitt eksternt mot kommunene og spesialisthelsetjenesten enn loven, se figur 3.1. Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom barnevernets første- og andrelinjetjeneste som følger av barnevernloven er ikke endret (Barne- og familiedepartementet, 1992). Bufetat har ingen myndighet på kommunens område, og er avhengig av å bli invitert til å bistå med råd og veiledning for å arbeide forebyggende og sikre tidlig intervensjon, yte faglig bistand i enkeltsaker med mer. Dette skaper et uklart grensesnitt mellom Bufetat og kommunene.

Det frembringer også et spørsmål om rasjonalitet. Kommunen har ikke fått tilført ressurser til styrkingen av dette som faktisk er deres lovpålagte oppgaver.

Fagteamets uklare grensesnitt - horisontalt og vertikalt



Figur 3.1 Fagteamets uklare grenser mot andre aktører i barnevernet

Lokalt fokus for en sentralisert organisasjon

Reformens føringer om nærmiljøfokus, lokale systematiske samarbeid med mer står i kontrast til sentraliseringen og profesjonaliseringen av andrelinjetjenestens ledelse og tjenestetilbud.

Det kan synes som om reformen tvert imot har fjernet fokuset og innflytelsen fra lokalnivået, og at virksomheten har blitt ytterligere rendyrket i en forvaltningsorganisasjon som kun har ansvar for ett avgrenset fagområde og er underlagt et "smalt" departement.

Det er et paradoks at reformen som sikter mot tverrfaglighet, helhet og lokale løsninger, har fjernet fylkespolitikere. Disse lokalpolitikere hadde ansvar for flere samfunnsområder, og var derved den viktigste bidragsyteren til helhetstenkning og tverrfaglig konsekvensvurdering av beslutninger.

Fagteamene som Bufetats helsefremmende aktører

Satt på spissen står og faller reformens målsetninger og Bufetats helsefremmende arbeid på fagteamene. Et lite antall ansatte i Bufetats store organisasjon har fått hovedansvaret for gjennomføring av reformen som berører hele barneverntjenesten (Fossestøl, 2006).

I undersøkelse av Bufetat som helsefremmende aktør, har jeg derfor valgt å konsentrere meg om fagteamene. Jeg finner det interessant at det er opprettet beslutningsdyktige organisatoriske enheter med helsefremmende arbeid som et sentralt oppdrag. Samtidig er jeg kritisk til utviklingen av et ”ekspertkorps” innenfor fagområdet helsefremming hvor blant annet likemannsarbeid, deltakelse og bemyndigelse er grunnleggende verdier, jfr kapittel 5.1.

3.2.2 Utdypning av forskningsspørsmålet

Forskningsspørsmålets undertema relaterer seg til Ottawa-charterets innsatsområder for helsefremmende arbeid (World Health Organisation, 1986). Dette omtales i kapittel 5.

Hvordan fungerer fagteamet som tilrettelegger for nærmiljøstrategi?

Hvordan kan den sentraliserte organisasjonen Bufetat bidra til helsefremmende arbeid på lokalplanet? Ønsket var å undersøke hvordan fagteamene bidrar til å ivareta og bygge familier og nærmiljø som fremmer helse for barnevernsbarna og deres nærmeste.

Fagteamet har som oppgave blant annet å bistå kommunene i saker som i følge loven ennå ikke er Bufetats formelle ansvar, samt å sørge for at kommunene velger løsninger i tråd med Bufetats faglige føringer om flere tiltak i hjem og nærmiljø (Barne- og familiedepartementet, 2003, 2006). Jeg ønsket å undersøke hvordan fagteamet håndterer disse problemstillingene, og hensiktsmessigheten av å styrke kommunene gjennom å tilføre ressurser og nye oppgaver til andrelinjetjenesten.

Fagteamet står midt i paradokset mellom faglige føringer om å være på tilbudssiden overfor kommunene til barnas beste, og krav om kostnadseffektivitet. Forskningsspørsmålet omfatter også hvordan fagteammedarbeiderne som fagpersoner håndterer disse føringene som tilsynelatende er motstridende og som kan tenkes å påvirke muligheten til å arbeide helsefremmende.

Hvordan fungerer fagteamet som tilrettelegger for lokale tverrfaglige og tverretatlige samarbeid for fremme av barnevernsbarnas helse?

Grensesnittet mot spesialisthelsetjenesten forstyrres tilsynelatende også av Bufetats føringer; her om tverretatlig samarbeid om tjenestetilbudet til klienter med sammensatte behov, jfr fig 3.1. Fagteamene er gitt en rolle som initiativtaker for tverretatlige samarbeid. Det er ikke opplagt at fagteamet som ikke har direkte klientansvar innehar denne oppgaven. Jeg ønsket å undersøke hvordan fagteamet på Bufetats vegne ivaretar en rolle som aktuelle samarbeidsparter ikke har noen formell plikt til å akseptere, i et "lovløst" grenseland og spenningsfelt mellom fagområder, etater og forvaltningsnivå. Hvordan bidrar slike samarbeid til å bygge opp helsefremmende nærmiljø for barnevernsbarna og deres nærmeste?

Og hvordan kan et forvaltningsorgan som kun har ansvar for et smalt tjenesteområde være pådriver for helhetsperspektiv og tverrfaglighet? Spørsmålet forsterkes ved at man har valgt en bestiller-utførermodell og derved stor grad av organisatorisk og oppgavemessig fragmentering, jfr kapittel 6.4.1. Her synes det å være nok et paradoks.

Fagteamets eksistens innebærer at Bufetats behandlingseenheter ikke har direkte dialog med kommunene, men mottar bestilling av tiltak og plasseringer fra fagteamet. Jeg ønsket å undersøke rasjonaliteten i dette og hvordan denne stramme rollefordelingen mellom kolleger påvirker det helsefremmende arbeidet overfor klienter og kommuner.

Helsefremmende politikk

Et interessant spørsmål er hvordan fagteamet, som Bufetats lokale aktør, bidrar til helsefremmende politikk lokalt og sentralt. Dette var opprinnelig et undertema i studien, men ble utelatt av plasshensyn. Politiske beslutninger kan sette premisser for helseutviklingen, også når de iverksettes på andre sektorer enn helse (Mæland, 2005). Bufetat er en stor offentlig aktør med kompetanse og engasjement i forhold til utsatte barn og unge. Organisasjonen bør kunne være en viktig deltaker i lokal planlegging og utredning, og fange opp lokale ideer, signaler og helsekonsekvenser av sentrale beslutninger.

Det er en utfordring for helsefremmede politikk at avstanden mellom nasjonalt vedtatte idealer og lokal praksis er stor (Mittelmark og Hauge, 2003). Det ville vært interessant å undersøke konsekvensene av fylkespolitikernes innflytelse som ble borte fra andrelinjertjenesten, forvaltningsorganets ansattes mulighet til å bidra til å bygge

helsefremmende politikk, og fagteamets rolle som bindeledd mellom barnevernets aktører og vertikal kommunikator i en organisasjon som har veldig lang avstand fra de nasjonale beslutningstakerne til lokalsamfunnet hvor barna befinner seg og hvor helsekonsekvenser av sentrale beslutninger synliggjøres.

4 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for valg av fremgangsmåte for studien.

Helsefremmende arbeid og barnevern har i liten grad vært sett i sammenheng tidligere. For å undersøke barnevernterrenget, fant jeg det derfor hensiktsmessig først å tegne et kart over helsefremmende stier. Studien består av tre separate undersøkelser med ulike formål, kilder og metodebruk.

4.1 Beskrivelse av fremgangsmåte

For å besvare forskningsspørsmålene har jeg gjennomført følgende kvalitative undersøkelser:

- 1) Analyse av intensjonene i barnevernreformen.

Metode: Dokumentstudie av aktuelle styringsdokumenter.

- 2) Analyse av dagens organisering av barneverntjenesten generelt og Bufetat spesielt, i lys av reformens helsefremmende målsetninger.

Metode: Organisasjonsteoretisk analyse og interessentanalyse på bakgrunn av styringsdokumenter og forskningsrapporter.

- 3) Analyse av fagteamenes utøvelse av helsefremmende arbeid, muligheter og dilemmaer i spenningsfeltet mellom første- og andrelinjetjenesten.

Metode: Individuelle intervjuer av ansatte i Bufetat

4.2 Begrunning for metodevalg

Problemstillingene som skal belyses bør være avgjørende for valg av metode eller kombinasjon av metoder, for å utnytte muligheter og redusere konsekvenser av begrensninger ved de ulike metodene (Brox, 1995:, Grønmo, 1996:, Jacobsen, 2005). Jeg valgte å anvende kvalitative metoder i hele studien da formålet var innsikt og forståelse. Dessuten har jeg vært i den heldige situasjon at jeg har kunnet støtte meg til kvantitative data fra andre nylig

gjennomførte studier av barnevernfeltet. Skillet mellom kvalitativ og kvantitativ metode referer først og fremst til egenskaper ved dataene som samles inn og analyseres. Kvantitative data uttrykkes i form av tall eller andre mengdeangivelser. Alle andre data er kvalitative (Brox, 1995:, Grønmo, 1996).

Jeg anvende flere metoder, såkalt metodetriangulering. Forskningsspørsmål kan deles inn i tre kategorier: konstaterende som krever beskrivende fakta som svar, vurderende der svaret gjerne vil kreve en normativ argumentasjon, og konstruktive spørsmål som brukes for å fremkalle en endring, fortrinnsvis til det bedre. Dette åpner for tilsvarende tre typer forskningsopplegg (Kalleberg, 1996, 2005a, 2005b). Jeg benyttet alle kategoriene i studien.

4.2.1 Dokumentanalyse

Studiens problemstillinger bygger på hypotesen om at Bufetat og fagteamene har føringer om helsefremmende arbeid. For å teste om dette virkelig er tilfelle, startet jeg undersøkelsen med å analysere barnevernreformens styringsdokumenter for å avdekke barnevernreformens intensjoner og Bufetat og fagteamenes oppdrag. Jeg sammenliknet det såkalte strategidokumentet mot Ottawa-charterets innsatsområder for helsefremmende arbeid (Barne- og familiedepartementet, 2003:, World Health Organisation, 1986). Jeg stilte altså konstaterende og vurderende spørsmål for å teste hypotesen.

Først da denne analysen var gjennomført kunne jeg formulere et presist forskningsspørsmål.

4.2.2 Organisasjonsteoretisk analyse

Problemstillingen er knyttet til rolle- og oppgavefordelingen og dynamikken mellom forvaltningsnivåene i barneverntjenesten. For å danne meg et helhetlig bilde av og vurdere hensiktsmessighetene av barnevernets og Bufetats organisering, rolle- og oppgavefordeling, valgte jeg å gjøre en organisasjonsteoretisk analyse basert på reformens styringsdokumenter og nylig gjennomførte forskningsarbeider med relevans for mitt tema. Ved hjelp av organisasjonsteori har jeg drøftet bakgrunnen for barnevernreformen, og ulike sider ved dagens organisering. Jeg har også gjort en teoretisk analyse av de aktuelle interessegruppene rundt fagteamet for å få et bilde av sammenfallende og motstridende interesser, sannsynlige spenningsfelt osv. Dette var et vurderende forskningsopplegg.

Organisasjonsanalysen dannet en plattform eller et ”kart” for feltundersøkelsen. På bakgrunn av den har jeg systematisert og kategorisert intervjuer, beskrivelse av funn, drøfting og konklusjon.

4.2.3 Intervjuer

For å undersøke fagteamenes utøvende virksomhet, valgte jeg å intervju personer som befinner seg i praksisfeltet. Hensikten var å kartlegge fakta, vurdere dagens praksis mot et helsefremmende ideal og eventuelt få konstruktive innspill. Jeg ønsket å undersøke hva og hvordan fagteamene utøver helsefremmende arbeid og rasjonaliteten bak dette, den såkalte Weber-innsikten (Kalleberg, 2005b).

Valg av informanter

Dette er en studie av begrenset omfang. Jeg avgrenset derfor feltundersøkelsen til Bufetat hvor jeg gjennomførte individuelle intervjuer med fem personer fordelt på stillingskategoriene fagteamrådgiver, fagteamleder og leder av behandlingsenhet, og på flere regioner og opptaksområder. Hensikten med å søke innspill fra både fagteamene selv og også behandlingsenhetene, var å få et mer helhetlig bilde av fagteamenes håndtering av problemstillingene. Jeg ønsket både fagpersonens innsikt og refleksjoner, og mellomlederens systemperspektiv på oppgavene og dynamikken i barneverntjenesten.

Helsefremmende arbeid handler enkelt forklart om å forsterke det som fungerer bra, jfr kapittel 5.1. Jeg ønsket å belyse positive erfaringer, og valgte derfor å intervju ansatte og ledere i fagteam som har lyktes med å bygge opp tett og systematisk kontakt med de fleste kommunene i sitt opptaksområde, og andre fag- og tjenesteutøvere på første- og andrelinjenivået. Behandlingsenhetene tilbyr flere typer tiltak, har forskjellige målgrupper og befinner seg i opptaksområder til fagteam som oppfyller foran nevnte kriterier.

Informantene ble valgt ut fra kriterier om ulik ”fartstid” i Bufetat og spredning i fagbakgrunn. Alt dette for å få god spredning i erfaringer og oppfatninger, for å kunne tegne et detaljert og mangfoldig bilde av feltet, og likeledes ha bredde i de innspillene som jeg har basert mine drøftinger på. Jeg ønsket å være uhildet og lyttende, i den grad det er mulig i egen organisasjon, og styrte derfor unna kolleger som jeg kjenner godt.

Et så lite utvalg er ikke representativt for ansatte i Bufetat (Jacobsen, 2005). Det hadde også vært ønskelig med informanter fra flere aktører som omhandles i studien, først og fremst kommunene og spesialisthelsetjenesten. For deres stemme har jeg referert til en nylig gjennomført evaluering av fagteamene (Rambøll, 2008).

Gjennomføring og bearbeidelse

Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av organisasjonsanalysen (se vedlegg).

Intervjuene ble gjennomført i møte eller over telefon, avhengig av praktiske forhold. Jeg gjorde lydopptak av hele intervjuet. Informantene ble oppfordret til å snakke fritt og utdypende. Intervjuguiden fungerte delvis som hjelp til å formulere spørsmål og holde fremdrift, og delvis som sjekkliste for at alle spørsmål ble besvart. Jeg eksperimenterte med å gi informantene ulik grad av forhåndsinformasjon, og erfarte at informasjon om helsefremmende arbeid som er et relativt ukjent fag i barnevernet var viktigere enn informasjon om studien. Refleksjonsnivået var noenlunde likt i alle intervjuene, men de som visste litt om helsefremming var mer utdypende og virket tryggere på at de gav meg relevante svar.

Umiddelbart etter intervjuene skrev jeg referat. Jeg valgte å nedtegne svarene så ordrett som mulig for å beholde informantens utsagn ubearbeidet, men i henhold til strukturen i intervjumalen og ikke nødvendigvis i den rekkefølge de fremkom i intervjuet. Referatene med lik struktur gjorde det forholdsvis enkelt å sammenlikne dataene, og på en systematisk måte bearbeide dem til en sammenhengende beskrivende tekst. Deretter startet jeg arbeidet med å tolke dataene i henhold til forskningsspørsmålet og underspørsmålene som fremkom i den organisasjonsteoretiske analysen og interessentanalysen.

Følelsesuttrykk, analyse av underforståtte meninger osv var ikke et mål for undersøkelsen og jeg vurderer at referatsformen var dekkende for mitt behov. Mitt fokus var den samlede fortellingen. Jeg har derfor valgt å ta med mange sitater i presentasjonen min, for å la intervjuernes eget språk bære fremstillingen. Jeg har ikke brukt noen standardmetode eller teknikk for å analysere intervjumaterialet. Jeg tolker noen uttalelser, lar sitater tale for seg selv, sammenlikner informantenes innspill, og sammenlikner mine funn med andre studier osv. Jeg både leter etter meningen i intervjuene og forsøker å konstruere den sammen med informantene (Kvale, 1997).

Intervjuformen er spesielt egnet for å undersøke hvordan mennesker forstår sin egen verden. På den annen side skaper det kvalitative intervjuet etiske dilemma som ballanse mellom nærhet og åpenhet og faglig distanse, og mulighet for at forskeren kan påvirke svarene som gis (Kvale, 1997.; Kalleberg, 2005b). Intervjuet gir en type data som ikke er objektive og umiddelbart kvantifiserbare. Det innebærer fare for feiltolkning og ekspertgjøring av meninger ved at forsker og intervjuere plasserer meninger inn i egen forståelsesverden og kategorier (Kvale, 1997). I alle metoder beror pålitelighet og validitet på respondentenes hukommelse, ærlighet og åpenhet, og kvaliteten på forskerens håndverk (Jacobsen, 2005.; Kvale, 1997).

4.3 *Forskningsetiske avklaringer*

Intervjupersonene deltok etter skriftlig informert samtykke. Dette for å oppfylle forskningsetiske retningslinjer for hensyn til personer som deltar i forskningsprosesser (NESH, 2006). Studien ble på forhånd meldt til Personvernombudet for forskning da undersøkelsen innebar elektronisk håndtering av persondata (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2007). Datainnsamlingen berørte ingen sensitive opplysninger som klientopplysninger eller opplysninger om tredjeperson (Justis- og politidepartementet, 2001).

Jeg gjennomførte en anonym intervjuundersøkelse. Jeg ønsket informantenes åpenhjertige tanker og meninger, enten disse er allmenne eller kontroversielle. Om informantene hadde vært villig til å la seg intervju og/eller like åpenhjertige i en ikke-anonym undersøkelse vites ikke, men det ville være etisk betenkelig om informantene i etterkant kunne risikere å bli negativt konfrontert med sine uttalelser. Disse kan dessuten fremstå forvrengt i min fremstilling dersom jeg har misforstått eller feiltolket. Forskeren plikter å unngå å tilføre skade til den utforskede (Engelstad, 2005).

På lydopptak fra intervjuene forekommer det indirekte personidentifiserende opplysninger som navn på kolleger, kommuner og andre samarbeidsinstanser. Dette vil kunne gjøre det mulig for en utenforstående å identifisere informanten. Lydopptakene er blitt oppbevart bak lås under hele skriveprosessen, og vil bli slettet umiddelbart etter at oppgaven er godkjent. Referatene fra intervjuene er skrevet i fullstendig anonymisert form.

De teoretiske delene av undersøkelsen min bygger på andres arbeider. Gjennom hele fremstillingen forsøker jeg å være omhyggelig med kildehenvisninger for å ære den som æres bør (Engelstad, 2005).

5 Helsefremmende perspektiv på barnevernreformen

I dette kapittelet holdes barnevernreformens intensjoner opp mot grunnleggende verdier og innsatsområder for helsefremmende arbeid.

5.1 Teori og begrepsavklaringer

Kapittelet innledes med en kort presentasjon av helsefremmende arbeid som fagområde, og verdigrunnet som er lagt til grunn for analysen av barnevernreformens intensjoner og oppgaven generelt.

5.1.1 Hva er helse?

Jeg legger et vidt helsebegrep til grunn for mitt arbeid. Ottawa-charteret definerer helse som en ressurs som tillater folk å føre et selvstendig, sosialt og økonomisk produktivt liv. Helse er en ressurs i dagliglivet, ikke et mål i seg selv. Helse oppstår der hvor folk lærer, arbeider, leker og elsker (World Health Organisation, 1986). Peder F. Hjort betrakter helse som å ha overskudd i forhold til hverdagens krav. Enkeltpersonen må selv håndtere kravene, men samfunnet bestemmer kravenes omfang (Hjort, 1994). En annen forfatter sier at i tillegg til opplagte grunner som subjektiv opplevelse av velvære, er fysisk og psykisk helse viktig for å være i stand til å samhandle med andre mennesker og delta i sosiale sammenhenger og relasjoner (Doyal, 1995). Disse forståelsene har til felles at helse betraktes som en forutsetning for å kunne leve slik hver av oss ønsker, og fungere i samfunnet og yte det som forventes av oss.

Med utgangspunkt i denne forståelsen av helse, mener jeg at god helse er et universelt mål som alle aktørene som bidrar til barns gode oppvekst kan og bør enes om. Det omfatter alle barn og unge, også risikoutsatte barnevernsbarn. De har de samme rettigheter som andre barn, slik de er formulert i FNs barnekonvensjon (De forente nasjoner, 1989). Det innebærer at barnevernsbarn har rett på at voksenpersonene i deres omgivelser opererer med de samme målsetninger for deres oppvekstvilkår og ambisjoner for utdanning, karriere og generell livskvalitet i voksenlivet som for andre barn. Barnevernsbarna har rett til god helse.

5.1.2 Barnevernsbarnas helse

44 400 barn mottok tiltak fra barnevernet i løpet av året 2006. Ved utgangen av året mottok nesten 2,6 % av norske barn og unge under 18 år, heretter kalt barnebefolkningen, tiltak fra barneverntjenesten (Statistisk Sentralbyrå, 2007). Nærmere 10 % av alle barn kommer i barneverntiltak en eller flere ganger i løpet av sine første 18 leveår.

Forskning viser at barnevernsbarna har betydelig høyere andel av psykiske problemer, somatiske sykdommer og funksjonshemning enn den øvrige barnebefolkningen. Dødeligheten og selvmordsdødeligheten er blant barn i og etter barnevernstiltak langt høyere enn i barnebefolkningen for øvrig. De har større andel av psykiske lidelser og rusmisbruk. De har også høyere forekomst av lidelser som tilsynelatende ikke har noen sammenheng med barnevernsproblematikk som for eksempel kreft og sykdommer i nervesystem og sanseorganer, og de mottar en mye større andel grunn- og/eller hjelpestønader. Tidligere barnevernsbarn har lavere utdanning og inntekt, mottar oftere sosialhjelp og er oftere arbeidsledige enn øvrige befolkning. Barnevernsbarnas foreldre har også flere helseproblemer enn befolkningen for øvrig, blant annet psykiske lidelser, rusmisbruk og høyere dødelighet (Kristofersen, 2006.; Kristofersen og Clausen, 2008).

Sammenhengen mellom det å være barnevernsbarn og helse går begge veier. Hos noen av barna oppstår sykdom og funksjonshemning før de barnevernfaglige behovene, for andre er det motsatt.

De refererte studiene opererer med en mer tradisjonell helseforståelse enn den som ligger til grunn for oppgaven her. De relaterer helse til fysisk og psykisk sykdom og funksjonshemning. Kristofersen (2006) konkluderer imidlertid med at helse og dødelighet er en viktig velferdsindikator, og at barnevernsbarna er en velferdspolitisk enda mer sårbar gruppe enn man har vært oppmerksom på.

Forskerne anbefaler tverrfaglig og tverretattlig tilnærming for å forebygge helserisiko og ta vare på helsen til barn som mottar barneverntiltak. Det sammensatte helserisikobildet understreker viktigheten av helhetlig tilnærming og samordning av ulike tjenester, på tvers av fagmiljøer, etater og forvaltningsnivå (Kristofersen, 2006.; Sæbønes, 2006).

De refererte studiene gir ikke svar på hvorfor barnevernsbarna har dårlige helseutsikter. Skyldes det problemene som gjorde dem til barnevernsbarn, eller var det forhold ved barneverntiltaket som forårsaket helseproblemene? Å besvare dette spørsmålet vil kreve nye omfattende studier.

5.1.3 Helsefremmende arbeid

På bakgrunn av overstående tror jeg at Bufetat vil bli enda bedre i sin utøvelse av barneverntjenester dersom organisasjonen blir bevisst sin rolle som helsefremmende samfunnsaktør. Jeg tror at helse er egnet som et mål på om barneverntjenesten lykkes med sitt bidrag til å skape god oppvekst for barn.

Helsefremmende arbeid handler om å styrke positive faktorer for helse (World Health Organisation, 1986), i motsetning til (sykdoms-)forebygging som dreier seg om å avverge og beskytte og har fokus på risikofaktorer og problemer (Helsedepartementet, 1991).

Helsefremmende arbeid er som akademisk fagfelt forankret i et bredt spekter av teorier og disipliner. Det har utviklet seg over tid, fra å ta utgangspunkt i tradisjonell epidemiologi til å ta opp i seg kunnskap og tilnærminger fra andre disipliner som psykologi, sosiologi, pedagogikk og til og med økonomisk teori (Bunton og Macdonald, 2002). Strategiene har utviklet seg fra vektlegging av opplysningsarbeid og planlagt påvirkning av atferd over mot dialog og brukermedvirkning (Marit Sørensen og Graff-Iversen, 2001). Den nye tilnærmingen synliggjøres gjennom Ottawa-charteret og Adelaid-erklæringens definisjon og strategier for helsefremmende arbeid (World Health Organisation, 1986, 1988).

Ottawa-charteret legger verdigrunnlaget for helsefremmende arbeid, og har sammen med etterfølgende internasjonale konferanser bidratt til en samkjørt og målrettet internasjonal, politisk bevegelse for helsefremmende arbeid (Mittelmark, 1999:, World Health Organisation, 1986, 2000, 1988, 1991). Hovedbudskapet er at helsefremmende arbeid ikke bare er helsesektorens ansvar, men berører alle samfunnsområder og nivåer. Helsefremmende arbeid setter fokus på individ og lokalsamfunn. Lokalnivået fremheves som arena for individuelle og samfunnsmessig helsestrategier.

Charteret beskriver fem innsatsområder:

- Bygge opp en helsefremmende politikk, for å muliggjøre øvrige innsatsområder.

- Skape støttende miljø for helse. Bygge samfunnsmiljøer som blant annet støtter sosiale nettverk.
- Styrke lokalmiljøets mulighet for handling. Gi lokalmiljøet makt og kontroll over egen fremtid gjennom å benytte eksisterende menneskelige og materielle ressurser, og øke lokalsamfunnets evne til selvhjelp og demokratiske mulighet til medvirkning og innflytelse.
- Utvikle personlige ferdigheter. Støtte personlig og sosial utvikling og øke folks mulighet til å foreta gode helsevalg.
- Utvikle ny rolle for helsetjenesten, utover kurativ virksomhet. Sette søkelys på individets og lokalsamfunnets totalbehov ut fra en helhetstenkning, og delta i tverrsektorielle forebyggende og helsefremmende samarbeid.

Målgrupper for helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid har hele befolkningen som målgruppe. I velferdsstatlig sammenheng vil målgruppen være både brukere av tjenester som produseres, og ansatte i velferdsstatens organisasjoner (Mittelmark og Hauge, 2003). Også ansatte er mennesker som kan oppleve maktesløshet og fremmedgjøring overfor omgivelsenes forventninger. Ansattes mulighet til å yte gode tjenester til sine brukere avhenger av at de har myndighet og kapasitet til å gjennomføre ting, og ferdigheter til å treffe etisk forsvarlige beslutninger i situasjoner hvor ulike hensyn må veies opp mot hverandre. Arbeidslivet er et felt med stor helsefremmende verdi (Bjørge Aase Sørensen, 2006).

Oppgaven har derfor også et sideblikk på barnevernets ansatte, ut fra tanken om at helsefremmende arbeid skal være helsefremmende for alle involverte, også de profesjonelle utøverne.

5.1.4 Bemyndigelse

Bemyndigelse (empowerment) omtales som selve kardinalprinsippet i helsefremmende arbeid. Helsefremmende arbeid søker gjennom bemyndigelse å sikre at enkeltpersoner, grupper og samfunn kan anvende sin rettmessige makt til egne helsevalg (Poland m.fl., 2000).

Bemyndigelse kan defineres som en prosess hvor enkeltpersoner, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere egne og omgivelsenes krav (Marit Sørensen m.fl., 2002.; Stang, 2003). Prosessen kan finne sted på samfunnsnivå i betydningen å øke en sosial gruppes

kollektive deltakelse. På individnivå kan det skildres som prosessen med å utvikle enkeltindividets egenmestring og tro på seg selv. Bemyndigelse er både en helsefremmende prosess og et mål, jfr drøftingen av helsebegrepet over (Marit Sørensen og Graff-Iversen, 2001).

Bemyndigelse forutsetter omfordeling av makt, det vil si at noen, gjerne fagfolk, gir fra seg makt, myndighet og autoritet (Branstad, 2003). En innvending mot bemyndigelse er at personer, grupper og samfunnsnivå kanskje ikke er villige til å avgi makt (Marit Sørensen m.fl., 2002). Eksempelvis kan barneverntjenesten ha brukermedvirkning som uttalt policy, uten at det hindrer overstyrende opptreden overfor klienter og deres foresatte i ikke-formaliserte sammenhenger.

Bemyndigelse bygger på demokratisk teori. Det skal motvirke sosial utrettferdighet, diskriminering og undertrykking som kan føre til maktesløshet (Stang, 2003). Sosial likhet er et hovedanliggende for helsefremmende arbeid (World Health Organisation, 1986, 1998). Helse kan ikke skapes og "uhelse" ikke forbygges uten at ulikheter innad i og mellom sosiale grupperinger fjernes (Tones og Tilford, 2001).

I barnevernet er bemyndigelse kanskje spesielt viktig fordi de hjelpetrequende ofte befinner seg i en avmaktsposisjon fysisk, psykisk og/eller sosialt (Kristofersen og Clausen, 2008). Barnevernsbarna kommer fra alle sosiale lag av befolkningen, men problemstillingen vil alltid være mangelfull omsorg og/eller atferdsproblematikk hos barnet selv. Begge deler handler om foreldre som ikke mestrer å ta vare på barna sine, og eventuelt barn som ikke mestrer å fungere innenfor sosialt aksepterte rammer. Tjenesteyterne er på sin side gitt veldig stor makt. De kan med loven i hånd frata foreldrene retten til å ta vare på egne barn (Barne- og familiedepartementet, 1992). Det er krevende for barnevernets tjenesteutøvere å avgi makt til og lete etter ressurser hos foreldre som de i utgangspunktet vurderer som uegnet til å ta vare på sine barn, og tilsvarende hos barn som viser ekstreme atferdsavvik (Ulvestad, 2003). Fagutøvere kan fungere som støttespillere i bemyndigende prosesser, men det betinger at deres holdninger og atferd er i overensstemmelse med grunnleggende verdier som respekt for den enkeltes selvbestemmelse, og at den hjelpetrequende betraktes som en aktiv samarbeidspartner. Dialog er en forutsetning for bemyndigelse, og for å kunne få informasjon om ressurser (Stang, 2003).

Bemyndigelse er også et viktig tema i samspillet mellom tjenesteutøverne, jfr drøftingen av maktfordeling i kapitlene 6.4 og 6.5.

5.1.5 Kapasitetsbygging

Ottawa-charteret fremholder også kapasitetsbygging som et ideologisk fundament i helsefremmende arbeid. Å bygge kapasitet kan forstås som bemyndigelse på systemnivå, og å utvikle beredskap for å møte nye situasjoner og utfordringer på hensiktsmessige måter. Slik beredskap forutsetter kompetanse. Kapasitetsbygging handler både om å bemyndige seg selv, og om kompetanse i å tilrettelegge for andres bemyndigelse (Hauge, 2003).

I barnevernet vil barnet og familiens kompetanse være viktig når en sak skal avgjøres. Det er de og andre personer i barnets nærhet som kjenner problemstillingene best, og som vet hvilke ressurser som finnes rundt barnet. Barneverntjenestens oppgave er blant annet å legge til rette for anvendelse av denne brukerkompetansen, og bygge opp kapasitet til å finne løsninger og ta kontroll over egen livssituasjon. Dette kan først og fremst skje gjennom å involvere dem det gjelder i utredning, drøfting og beslutninger, og sette inn tjenester i nærmiljøet rundt klienten i stedet for å flytte han/henne bort (Barne- og familiedepartementet, 2000). Finnes det ikke tilstrekkelige ressurser å bygge på i hjemmet og/eller nærmiljøet, kan fosterhjem være et alternativ for å bygge opp et slikt støttende og helsefremmende nærmiljø rundt klienten.

5.1.6 Settninger for helsefremmende arbeid

Situasjoner hvor to eller flere personer møtes og samhandler, og/eller et fysisk sted hvor de tilstedeværende medvirker i bestemte aktiviteter og har bestemte roller i bestemte tidsintervaller, kan betegnes som settninger (Rønningen, 2003). Ottawa-charteret er også pådriver for settingstilnærmingen, som er en av flere innfallsvinkler til helsefremmende arbeid (Poland m.fl., 2000:, World Health Organisation, 1986). Verdens helseorganisasjon har senere kommet med en definisjon av settninger for helsefremmende arbeid som der hvor helse og velvære skapes og utvikles, i aktiv samhandling mellom enkeltpersoner, organisasjoner og miljø (World Health Organisation, 1998).

Settingstilnærmingen er pragmatisk og muliggjør tilpasning av virkningsfulle helsefremmende strategier (Polany m.fl., 2000:, Hanson, 2004). Både mennesket selv med personlige forutsetninger og handlinger, og omgivelsene man befinner seg i påvirker helsen. Helsefremmende arbeid må derfor omfatte både enkeltperson og omgivelser. Settingen blir en

håndterbar sammenheng hvor mennesker befinner seg sammen på like vilkår og kan arbeide sammen for å påvirke disse vilkårene og forbedre forutsetninger for helse (Hanson, 2004).

Jeg tror settingstilmærmingen er meget aktuell i barnevernet. Helsefremmende strategier kan iverksettes i eksisterende settinger som barn er del av, for eksempel skolen, familien og nærmiljøet. For et barn som har falt utenfor slike sammenhenger, tror jeg det vil kunne være mulig å bygge en helsefremmende setting rundt barnet der viktige voksenpersoner i barnets liv deltar.

Kritikk mot settingstilmærmingen er at settinger er svært ulike slik at vellykkede fremgangsmåter har liten overføringsverdi (Poland m.fl., 2000). Forutsetningene om lokalmiljø og enkeltpersoners deltakelse, helsefremmende prosesser osv tilsier at enhver setting finner sine egne, unike løsninger. Utgangspunktet er alltid lokale behov, forutsetninger, ressurser og rammer. Man begynner på nytt hver gang (Rønningen, 2003). Jeg mener likevel at erfaringene som de profesjonelle aktørene høster, vil kunne ha stor verdi i senere rådgivning og veiledning overfor nye settinger. Positive erfaringer kan dessuten gi inspirasjon og motivasjon til andre klienter med familie, kolleger og samarbeidsparter.

5.2 Analyse av barnevernreformens intensjoner

Under følger en nærmere beskrivelse av føringene i strategidokumentet (Barne- og familiedepartementet, 2003). Disse sammenliknes med sentrale innsatsområder for helsefremmende arbeid, slik de presenteres i Ottawa-charteret (World Health Organisation, 1986).

Strategidokumentet gir følgende oppdrag til Bufetat:

Søke lokale løsninger

Familien og nærmiljøet fremheves som barnas hovedressurs, og barna skal fortrinnsvis få nødvendig hjelp uten å måtte flytte fra sitt nærmiljø. Hjelpetiltak skal settes inn i hjemmet. Dersom det ikke er mulig, skal man forsøke å finne fosterforeldre i slekt eller nærmiljø. Hjelpetiltakene som iverksettes skal også omfatte utviklingsarbeid for barnets familie og eventuelt nettverk.

Fagteamet har fått ansvar for implementering av denne føringen, gjennom hvordan de behandler søknader om plasseringer og gjennom konsultativ virksomhet og veiledning av kommunene. Dette skal styrke den kommunale barneverntjenestens kompetanse til å finne lokale løsninger. Det ligger implisitt at både statlig og kommunalt tiltaksapparat må tilpasses slik at lokale løsninger kan tilbys.

Denne strategien kunne gjerne vært ledet ut av Ottawa-charterets punkt om å skape støttende miljø for helse og styrke lokalmiljøets mulighet for handling. Man skal søke å ta vare på, bruke og styrke barnas ressurser i familie- og nærmiljøet. Det som fungerer skal vernes om og forsterkes. Ottawa-charteret fremholder nærmiljøet som der hvor helse skapes og vedlikeholdes.

Nye retningslinjer for bruk av det statlige tiltaksapparatet

Klientstrømmen skal snus bort fra institusjon til større andel hjemmebaserte og fosterhjembaserte tiltak. Institusjonstiltak er ”sistevalg”. Antall institusjonsopphold og varighet av disse skal reduseres.

Fagteamenes oppdrag om å styrke kommunenes kompetanse til å finne lokale løsninger, innebærer også å være pådrivere for at kommunene innretter seg etter de nye retningslinjene for bruk av det statlige tiltaksapparatet. Fagteamene skal bistå kommunene i vanskelige enkeltsaker, drive ambulant virksomhet og bistå kommunene i å utvikle tiltaksplaner. Alt dette gir mulighet til å påvirke valg av løsninger.

Denne strategien sammenfaller med de samme helsefremmende innsatsområder som punktet over. Tilhørigheten til familie og lokale settinger er sentralt i helsefremmende arbeid.

Forebygging og tidlig intervensjon

Bufetat skal bistå kommunene i deres forebyggende arbeid. Hensikten med forebyggende barnevernsarbeid er å oppdage problemutsatte barn og unge så tidlig som mulig, og iverksette tiltak for disse. Det heter at det er avgjørende for et godt resultat i enkeltsaker, at det statlige barnevernet kommer tidlig inn og spiller på lag med kommunens hjelpeapparat. Målet er å redusere behovet for institusjonsplasser.

Også denne oppgaven er lagt til fagteamet. De skal tilby kommunen faglig råd og veiledning på tidligst mulig stadium i klientenes problemutvikling.

Forebygging og helsefremming er ikke det samme, jfr kapittel 5.1.3. Intensjonen om å komme i kontakt med klienten på et tidlig stadium, før ting har kommet helt ut av kontroll, har likevel helsefremmende dimensjoner ved seg. Det handler om å ta tak i ressurser som (ennå) fungerer og styrke disse. Dette samsvarer med Ottawa-charterets innsatsområde om å skape støttende miljø for helse, styrke lokalmiljøet og utvikle personlige ferdigheter.

Sammenhengende tiltakskjede og tverrfaglig samarbeide

Gode samarbeidsrelasjoner vektlegges mellom det statlige barnevernet og alle tilgrensende aktører i kommunen, spesialisthelsetjenesten og internt i Bufetat, jfr figur 2.3. Hensikten er bedre og mer sammenhengende tjenester til barna gjennom tverrfaglig og tverretattlig tilnærming og samhandling.

Dette oppdraget er i sin helhet delegert til fagteamet som det viktigste bindeleddet mellom kommunen og Bufetats ledelse, mellom kommunen og de statlige behandlingseenhetene og i noen grad også mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og andre eksterne aktører. Også fagteamet skal gjennom å stille egen tverrfaglige kompetanse til disposisjon, bidra til helhet og tverrfaglighet.

Denne føringen sammenfaller med Ottawa-charterets siste innsatsområde som setter et søkelys på individets og lokalsamfunnets totalbehov. Gjennom å påpeke viktigheten av helsetjenestens deltakelse i tverrsektorielle forebyggende og helsefremmende samarbeid, gis også øvrige sektorer en like viktig rolle i helsefremmende arbeid og tverrsektoriell samhandling.

Implementere reformens faglige intensjoner i hele barneverntjenesten

Barnevernreformens faglige intensjoner omfatter hele barnevernet, men det var kun andrelinjetjenesten som ble omorganisert og fikk nye føringer. Disse har imidlertid konsekvenser for kommunene og øvrige tilbydere av tjenester for utsatte barn og unge. Det ligger implisitt i Bufetats oppdrag å være pådrivere for at kommunene retter seg etter de nye retningslinjene for bruk av det statlige tiltaksapparatet og søker løsninger lokalt.

Fagteamet er gitt ansvaret også for dette oppdraget. Det skjer gjennom de over omtalte fremgangsmåter.

Dette punktet kan relateres til Ottawa-charterets punkt om å bygge helsefremmende politikk for å muliggjøre øvrige innsatsområder. Reformen kan ikke nå sine faglige mål uten at alle nivå i barneverntjenesten innretter seg etter de faglige verdivalgene som ligger til grunn for den (Barne- og familiedepartementet, 2000, 2002b).

Stram styring

Det heter at Bufetats hovedoppgave er å gi barn, unge og familier kostnadseffektive tiltak med høy og riktig kvalitet. Det fokuseres stekt på faglig og økonomisk styring, resultatmåling og rapportering, og systemer for dette.

Fagteamet har fått en nøkkelrolle også i styring. De ble gitt ansvaret for kjøp av private enkelttiltak. Indirekte er de også ansvarlig for de statlige behandlingseenhetenes økonomi gjennom ansvaret for å bistå kommunene i bestilling og valg av tiltak. Enkle, kortvarige tiltak er billigere enn langvarige, omfattende tiltak, og institusjonsplasseringer er betydelig mye dyrere enn fosterhjem og hjemmebaserte tiltak.

5.3 Oppsummering

De nye oppgavene som barnevernets andrelinjetjeneste fikk gjennom barnevernreformen kan tolkes som føringer om å drive helsefremmende arbeid overfor barn og unge. Det dreier seg om tidlig intervensjon i enkeltsaker, økt bruk av tiltak i hjem og nærmiljø, samt helhetstenkning i betydningen å involvere og samarbeide med aktuelle tjenesteytere på tvers av fagområder, forvaltningsnivå og etatsgrenser.

De helsefremmende oppgavene er i stor grad delegert til fagteamene som derved kan sies å være Bufetats helsefremmende aktører.

WHO's innsatsområder for HP	Reformens faglige intensjoner³	Bufetat og fagteamets oppdrag
Bygge helsefremmende politikk	<ul style="list-style-type: none"> - Barnets beste - Fokus på oppvekstpolitikk - Fornying og utvikling basert på utprøving og forskning 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementere reformens faglige intensjoner i hele barneverntjenesten
Skape helsefremmende settinger	<ul style="list-style-type: none"> - Styrke barnets familie og nettverk 	<ul style="list-style-type: none"> - Tilrettelegge for nærmiljøbaserte løsninger og familietiltak
Styrke lokalmiljøets mulighet for handling	<ul style="list-style-type: none"> - Søke mulige løsninger i hjem og nærmiljø - Familien og nettverket som verdi og barnets hovedressurs - Det biologiske prinsipp 	<ul style="list-style-type: none"> - Styrke kommunens kompetanse til å finne lokale løsninger - Bistå kommunen i forebyggende arbeid - Konsultasjonsvirksomhet - Fasilitere nærmiljøbaserte løsninger
Utvikle personlig ferdigheter – tilrettelegge for gode helsevalg	<ul style="list-style-type: none"> - Forebygging og tidlig intervensjon - Rett til medvirkning 	<ul style="list-style-type: none"> - Bistå kommunene i vanskelige enkeltsaker
Helsefremmende arbeid en oppgave for alle samfunnsaktører	<ul style="list-style-type: none"> - Helhetstenkning og tverrfaglighet - Sammenhengende tjenester, på tvers av nivå og sektorgrenser 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiere og tilrettelegge for helhetlig tilnærming og tverretatlige samarbeid - Bistå kommunene med tverrfaglig kompetanse

Figur 5.1 Barnevernreformens intensjoner versus Ottawa-charterets innsatsområder for helsefremmende arbeid

6 Organisasjonsteoretisk analyse av andrelinjetjenesten

I forrige kapittel viste jeg gjennom sammenlikning av Ottawa-charteret mot styringsdokumenter for barnevernreformen, og diskusjon av sentrale begreper i helsefremmende arbeid, at barnevernreformen kan forstås som en grunnleggende helsefremmende reform.

For å oppnå dette har den statlige delen av barnevernet blitt reorganisert. I dette kapittelet vil jeg besvare følgende spørsmål: Er dette en hensiktsmessig organisering for å oppnå reformens helsefremmende målsettinger?

Jeg vil gjøre en relativt enkel organisasjonsanalyse basert på generelle begreper. Analysen vil likevel avdekke viktige problemer, dilemmaer og paradokser i Bufetats organisasjon og fungering i forhold til målsettingene.

6.1 Organisasjonsbegrepet

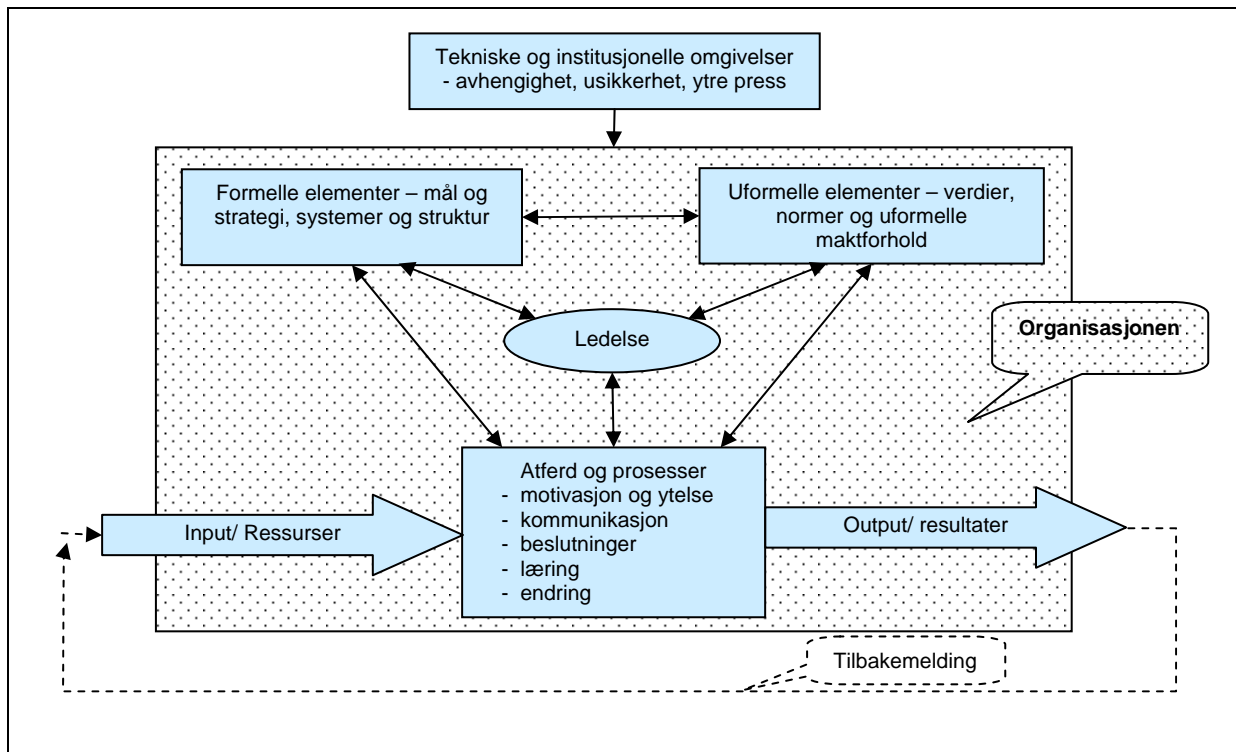
Jacobsen og Thorsvik (2007) definerer en organisasjon som:

³ Barne- Og Familiedepartementet (2000) *NOU 2000:12 Barnevernet i Norge - tilstandsvurderinger, nye perspektiver og framlegg til reformer*. Oslo, BFD.

Barne- Og Familiedepartementet (2002b) *St. meld. nr. 40 (2001-2002) Om barne- og ungdomsvern*. Oslo, BFD.

... et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål. (Jacobsen og Thorsvik, 2007), side 13.

Et sosialt system består av mennesker som handler og samhandler. Forfatterne har utarbeidet en oversiktmodell for analyse av organisasjoner, se figur 6.1.



Figur 6.1 Jacobsen og Thorsviks modell for de sentrale elementer i en modell (Jacobsen og Thorsvik, 2007) side 10, (Jacobsen, 2004) fig 1.2 side 78, fig 4.3.

Av plasshensyn vil jeg redegjøre for hvordan jeg forstår modellens begreper etter hvert som jeg bruker dem.

Jeg har valgt å betrakte barnevernet som to separate organisasjoner: den kommunale førstelinjen og den statlige andrelinjen. Disse kan også deles inn i flere organisasjoner, men det er ikke hensiktsmessig for mitt formål som er grenseflaten mellom de to forvaltningsnivåene og mellom etatene på andrelinjenivået. Jeg vil fokusere på fagteamene som en del av Bufetats organisasjon fordi disse skal forestå kontakten og samordningen mellom organisasjonene. For grenseflatene innad i Bufetat anvender jeg begrepene organisasjonselementer og enheter.

Byråkrati

Bufetat er en spesiell type organisasjon, nemlig et byråkrati. Den organisasjonsteoretiske forståelsen av byråkrati bygger på Max Webers studier av makt og byråkrati fra forrige århundreskifte (Hjulstad, 1989).

En side ved det norske offentlige byråkratiet er at det skal være nøytralt og bare effektivere de beslutninger som politiske organer treffer. Dette er et sentralt spørsmål i barnevernreformen. Det er grunn til å tro at koplingen til den politiske prosessen har blitt svekket gjennom bortfallet av fylkespolitikernes styring av barnevernets andrelinje. Nå går linjen fra regionale enheter, via direktoratet og departementet til Stortinget. Det er en lang vei til et politisk organ som ikke kan forventes å tenke barnevern i detalj. "Frontlinjebyråkrater" som fagteammedarbeiderne vil måtte ta beslutninger på grunnlag av svakere politiske signaler. Dette har noen sider som er demokratisk problematiske (Eriksen, 2001). Dessverre tillater ikke oppgavens rammer grundigere drøfting av dette.

6.2 Bakgrunnen for barnevernreformen

Drivkrefter for endring er forhold i eller utenfor en organisasjon som medfører at noen opplever at organisasjonen kunne fungert bedre, og som skaper ubalanse internt eller mellom omgivelsenes krav og organisasjonens fungering (Jacobsen, 2004). Vanligvis er det tett sammenheng mellom drivkreftene og endringens innhold og omfang, slik også i barnevernreformen. Drivkreftene bak reformen fremgår av høringsinstansenes uttalelser, departementets drøfting og den politiske debatten i forkant av beslutningen. Her følger en oppstilling av de mest sentrale, slik de er fremstilt i odelstingsproposisjonen bak Stortingets vedtak (Barne- og familiedepartementet, 2002a).

Indre drivkrefter i fylkeskommunene som bidro til at de gikk inn for barnevernreformen:

- Fylkesbarnevernets kostnader var blitt svært høye, og politikerne etterspurte større effektivitet.
- Fylkeskommunen hadde gjennom gjeldende lovregler ikke mulighet til å ta kontroll over utgiftsveksten i barnevernet. Beslutningen av andrelinjetiltak lå i kommunene som bare hadde et begrenset betalingsansvar. Fylkeskommunen måtte selv dekke overskytende kostnader. Det var tilsynelatende lønnsomt for kommunene å beslutte andrelinjetiltak for krevende barnevern barn.

- Fylkeskommunen hadde ”mistet” sykehusene i sykehusreformen, og opplevde det som unaturlig og vanskelig å bli sittende igjen med andrelinjeansvaret for barnevernet som de oppfattet som nært knyttet til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og kommunene. Overføring til kommunene var et reelt alternativ (Barne- og familiedepartementet, 2002a).

Eksterne drivkrefter som påvirket beslutningen om barnevernreformen:

- Det fylkeskommunale tilbudet om barneverntjenester var ikke like godt i alle deler av landet.
- Det kom krav om kvalitetskontroll av barneverntjenestene.
- Sykehusreformen hadde nettopp blitt gjennomført, og det var politisk flertall i regjering og Storting for sentralisering av offentlig virksomhet.
- Sterke politiske krefter ønsket å avvikle fylkeskommunen.
- Private og fylkeskommunale institusjoner og fosterhjemstiltak konkurrerte om klientene, fagfolkene og om å være faglig best.
- Konkurransetsetting av anskaffelser kom på det offentlige dagsorden.
- Kravet om brukermedvirkning ble mer fremtredende (Barne- og familiedepartementet, 2002a).

Det lå også faglige drivkrefter til grunn for reformen. Lov om barneverntjenester ble vedtatt i 1992. Utover 1990-tallet økte mengden av norske forskningsprosjekter om barnevernet, og barnevernet fikk økende politisk oppmerksomhet. Det såkalte Befring-utvalget kom med sin innstilling i 2000. Denne inneholdt en rekke anbefalinger om lovendringer og utredninger, og ideer om fornyingstiltak gjennom utprøving og forskning. Viktigst for sammenhengen her er fokuset på forebygging og oppvekstpolitikk, og anmodningen om å søke mulige løsninger i hjem og nærmiljø, heller enn å diagnostisere mangler (Barne- og familiedepartementet, 2000).

Utredningen resulterte i Stortingsmelding nr. 40 (2001-2002) ”*Om barne- og ungdomsvernet*”. Denne danner det faglig fundamentet for barnevernreformen. Meldingens verdier og hovedfokus er familien og nærmiljøet som ressurs for barnet, prinsippet om at barn i utgangspunktet skal vokse opp hos biologiske foreldre og familie, prinsippene om barnets beste og barnets rett til medvirkning i samsvar med FNs barnekonvensjon, fokus på forebyggende familiearbeid, barnevernets tillit og legitimitet i befolkningen og samarbeid på tvers av fag- og etatsgrenser (Barne- og familiedepartementet, 2002b.; De forente nasjoner,

1989). De faglige drivkreftene gjenspeiles i reformens helsefremmende målsetninger, jfr kapittel 5.2.

Drivkreftenes klarhet og styrke har betydning for muligheten til å gjennomføre en endring, men sier lite om hvilke løsninger som er riktige. Løsningene må baseres på konstruerte bilder av ønsket fremtidssituasjon og tiltak for å nå denne tilstanden (Jacobsen, 2004).

Barnevernreformens visjon og strategi er skissert i strategidokumentet (Barne- og familiedepartementet, 2003).

6.3 Omfanget av endringen

Organisasjoner kan betraktes som systemer av ulike delelementer, formelle og uformelle, som henger sammen, slik at endring i ett element medfører endringer i de øvrige (Harold Leawitt, 1965 i (Jacobsen, 2004)). Dette er illustrert i figur 6.1. Barnevernreformen rettet seg mot de formelle elementene, men som drøftingen min vil vise, har den også medført endringer i uformelle elementer. Begge deler påvirker organisasjonsmedlemmenes arbeid og samhandling, herunder fagteamenes utøvelse av helsefremmende arbeid, jfr kapittel 7.

I barnevernreformen ble det valg en endringsstrategi som spiller på denne effekten. Gjennom formelle endringer som kun omfattet andrelinjetjenesten skulle reformens faglige føringer implementeres i hele barnevernet, også førstelinjen. Fagteamet ble opprettet som utøvende endringsagent (Barne- og familiedepartementet, 2003; Fossetøl, 2006).

Organisasjonsendringer omfatter individ, grupper og forhold mellom grupper i den angjeldende organisasjon (Jacobsen, 2004). Så også barnevernreformen. Ansatte som ble overført fra fylkesbarnevernet til Bufetat opplevde formodentlig reformen som en ”revolusjon”, til tross for at mange har blitt værende i samme stilling og i samme organisasjonsenhet. Både struktur, kultur og maktforhold ble endret (Jacobsen, 2004):

Mål og strategi fikk til dels nytt innhold, jfr kapittel 2.5.

Oppgavene, oppgavefordelingen og delvis løsningsstrategiene ble også endret. For fagteamene: se kapittel 5.2. Behandlingsenhetene ble sterkt berørt av føringene om dreining av klientstrømmen, nye rutiner og oppgavefordeling rundt plassering og oppfølging av

klienter i tiltak, nye omfattende rapporteringskrav og nytt regelverk om for eksempel kvalitetsgodkjenning.

Den formelle strukturen gjennomgikk den mest synlige endringen. Organisasjonen fikk ny eier og det fylkespolitiske nivået ble ”reformert” bort. Det statlige barnevernet fikk ny organisasjonsstruktur med tilhørende nye styrings-, rapporterings- og beslutningslinjer. Streng bestiller-utførermodell med fagteamene som kontaktpunktet mot kommunene var nytt mange steder. Omstrukturering og tilpasninger i tiltaksapparatet pågår fremdeles (Riksrevisjonen, 2008).

Teknologien ble endret. Det kom føringer om å ta i bruk nye faglige metoder, nye elektroniske hjelpemidler og systemer med mer.

Mange ansatte opplevde at deres lokale organisasjonskultur ble tilsidesatt. Et utall lokale kulturer, definert som holdninger, normer og verdier, skulle forenes i regioner. Personer, rutiner osv som tidligere hadde vært ”de andre i nabofylket” la plutselig føringene.

Endringene omfattet også menneskene. Fylkeskommunal administrasjon og fylkespolitikere ble erstattet med regional og nasjonal administrasjon og ledelse. I noen grad kom det også nye personer i ledelsen lokalt. Gamle ansatte opplevde at det de stod for og hadde vært med å utvikle ble valgt bort til fordel for andre føringer, osv.

Maktrelasjoner gjennomgikk formelle og uformelle endringer. Nye personer og nye organisasjonsheter ble gitt kontroll over ressurser og informasjon. Styringen ble som følge av forvaltningsorganiseringen mer direkte og det ble færre formaliteter rundt beslutninger og krav. Fagteamene kom inn som en aktør med makt og innflytelse. Behandlingsenhetene mistet muligheten til direkte kommunikasjon med kommunene fordi dette skulle gå via fagteamene, med mer.

Her følger en teoretisk drøfting med formål å få frem hvordan samarbeidsparter og samarbeidsrelasjoner påvirkes av barnevernets organisering og oppgavefordeling.

6.4 Drøfting ut fra fire fortolkningsrammer

For nærmere analyse av konsekvenser av Bufetats organisering, har jeg tatt utgangspunkt i Bolman og Deals (2004) fire perspektiver eller fortolkningsrammer. Med utgangspunkt i ulike forklaringsmodeller viser forfatterne hvordan det å bevege seg mellom ulike perspektiver kan gi ny innsikt.

6.4.1 Struktur

Den strukturelle rammen støtter seg særlig på sosiologi. I dette perspektivet forklares organisasjoners fungering ut fra hvordan de er strukturert. Struktur er den formelle ordning av posisjoner og relasjoner, gjerne synliggjort i organisasjonskartet, formelle lover og regler, rutiner, målsetninger og planer. Problemer og forskjeller i yteevne forklares med strukturelle mangler og svakheter, og søkes løst gjennom omstrukturering (Bolman m.fl., 2004).

Bufetat⁴ som organisasjon ble opprettet tilsynelatende utelukkende i den hensikt å ivareta statens oppgaver på barnevernområdet, i tråd med barnevernloven og målsetningene i barnevernreformen. For å sikre kostnadseffektivitet og yteevne valgte man en bestiller-utførermodell, der fagteamene ble opprettet som egen organisasjonsenhet for å ivareta bestillerrollen.

Bestiller-utførermodell

Bestiller-utførermodell betegner en organisasjonsmodell som skiller mellom såkalt bestillerfunksjon og utførerfunksjon. Forøvrig er variasjonene i organisasjonsmodeller som er gitt denne betegnelsen store. Jeg finner det ikke relevant for oppgaven å drøfte dette mer inngående. Her brukes betegnelsen om oppgavefordelingen mellom fagteam og behandlingssenheter. Fagteamet mottar kommunens søknad om barnevernstiltak og formidler en ”bestilling” til en valgt behandlingssenhet. Behandlingssenheten ”utfører” behandlings- og omsorgsoppdraget for angjeldende klient. I fagteamenes bestillerfunksjon ligger myndigheten til å drøfte alternative tiltak med kommunen, velge behandlingssenhet og utforme kontrakt med kommunen (Barne- og likestillingsdepartementet, 2007b). Fagteamet står tilsynelatende nøytral på utsiden og vurderer hvilken plassering som best oppfyller alle faglige og økonomiske føringer. Denne arbeidsdelingen skal, sammen med omfattende rapporteringskrav til alle organisasjonsenheter, bidra til å sikre hensiktsmessig samordning og

⁴ Bufetat fikk gjennom barnevern- og familievernreformen også ansvar for familievernet og adopsjon, men disse fagområdene holdes utenom oppgaven og nevnes derfor ikke i teksten her.

kontroll. Knut Fossetøl (2006) skriver at modellen kan tydeliggjøre kostnader og kvalitet, men skape fragmentering og spenninger og forhindre et felles, helhetlig ansvar.

Tilpasning til omgivelsene

Det kan settes spørsmålstegn ved i hvilken grad Bufetat og fagteamenes struktur er tilpasset omgivelsene. Fagteamene er delegert oppgaver som går langt inn på kommunenes og andre samarbeidsparters lovbestemte ansvarsområder. På den annen side kan opprettelsen av fagteamene betraktes som et strukturelt mottrekk for å møte kommunenes lovfestede adgang til å påføre staten oppgaver og betalingsansvar når de beslutter andrelinjetiltak (Barne- og likestillingsdepartementet, 2007b). Fagteamene skal bistå i forebygging og være faglig rådgiver og veileder for kommunene i valg av tiltak. Her ligger en ikke-uttalt mulighet til å påvirke hvilken type tiltak som kommunene vedtar (Barne- og familiedepartementet, 2003).

Statens mottiltak til private aktører er å redusere bruken av private tiltak gjennom å øke belegget i statlige institusjoner, og dreie klientstrømmen mot billigere hjemmebaserte tiltak. Fagteamene er gitt ansvar for enkeltkjøp av private plasser, som del av plasseringsoppgaven. De skal velge "billige" tiltak, forhandle om pris, velge statlig foran privat, inngå kortvarige avtaler osv, samt arbeide for å få kommunene til å vedta hjemmebaserte tiltak (Barne- og familiedepartementet, 2006). Her må for ordens skyld tilføyes at faglige argumenter veier tyngre enn økonomi.

Bufetats egne behandlingseenheter ønsker formodentlig å gi best mulig faglig tilbud til klientene i kombinasjon med best mulig arbeidsforhold. For å øke styringen av enhetenes ressursbruk, er fagteamene gitt ansvar for plassering og kontroll av fremdriften i den enkelte sak.

6.4.2 Human Resource

HR-rammen bygger på psykologiske analyse- og forklaringsmodellens ideer.

Hovedutfordringen er å skreddersy organisasjonen til menneskene i den, og finne en organisasjonsform som motiverer medarbeiderne til å gjøre jobben sin samtidig som de trives og ikke sliter seg ut (Bolman m.fl., 2004). I organisasjonsteorien er det Human Relation-skolen som særlig har vist at trivsel og motivasjon også fremmer fag og produktivitet (Hjulstad, 1989).

Fagteamene har som oppgave å gjennomføre barnevernreformens helsefremmende strategier. Jeg trekker paralleller mellom HR-rammen og helsefremmende arbeids grunnfilosofi om helsefremmende arbeid ikke bare som mål, men også som prosess. HR-rammens tilnærming tilsier at fagteamet både skal utføre helsefremmende arbeid og være helsefremmende for medarbeiderne.

Fagteamene som organisatorisk enhet og den enkelte fagteammedarbeider står overfor en rekke utfordringer. Noen av disse antas å være knyttet til delegert beslutningsansvar i kombinasjon med motstridende krav og føringer, lang avstand til ledelsen, ressursknapphet og ikke minst store forventinger fra flere hold (Rambøll, 2008). Det leder videre til en antagelse om at fagteamleder og medarbeiderne opplever vanskelige dilemmaer, og at ikke alle sider ved jobben i fagteamet er helsefremmende.

Enkeltpersoner og organisasjoner trenger hverandre (Bolman m.fl., 2004). Bufetat har behov for høy kompetanse innenfor flere fagområder for å nå sine mål. Fagteamene er tverrfaglig sammensatt av velutdannede fagpersoner med solid erfaring fra barnevernfeltet. Til gjengjeld tilbys medarbeiderne relativt høy lønn, fagutvikling og stor grad av ansvar og innflytelse.

Når den enkelte og systemet er dårlig tilpasset hverandre, vil den ene eller begge parter lide under det, mens god tilpasning er til gagn for begge parter (Bolman m.fl., 2004). Det kreves ikke at fagteamrådgiverne har system- og økonomikompetanse. Den enkelte er følgelig ikke faglig rustet til å håndtere oppgaver tilknyttet økonomi og kontraktsinngåelse, eller prioriteringsdilemmaer av typen fag versus økonomi, helsefremmende føringer versus lovpålagte oppgaver (Fossestøl, 2006). Bufetat forsøker å tilpasse fagteamrådgiverne til oppgavene deres gjennom blant annet kompetanseutviklingsprogrammet, og ved å opprette flere, til dels øremerkede stillinger. Kompetanseutviklingsprogrammet omfatter imidlertid ikke økonomiforståelse, forhandlingsteknikk eller lignende (Bufdir, 2006).

Offentlig sektor får i oppgave å avgrense seg selv økonomisk, men samtidig absorbere alle legitime behov for velferdstjenester i befolkningen. Dette er to motstridende prinsipper. De fleste saker involverer ansvar for både økonomi og for mennesker med velferdsbehov, som formelt sett skal ivaretas samtidig, men ikke kan det. Slike saker skaper mange former for splittelser mellom forvaltningsnivåene, mellom ledelse og faggrupper osv. De kan også skape konflikt mellom rolle og identitet i en og samme person, dvs (Vike m.fl., 2002). Dette preger

også barnevernet, og gjelder fagteamet spesielt siden de har ansvar for både ivaretagelse av barns faglige behov, og økonomistyring. Vike m.fl. hevder videre at økt fokus på effektivisering medfører at de som styrer glemmer velferdsverdien som er et grunnfestet ideal og en demokratisk rettighet i det norske samfunnet. Det de kaller ”velferdsstatens ytelseskrise” blir først synlig på lavere nivåer. Organisasjonens grensehåndtering overtas av den enkelte ansatte i møtet med klienter, og arter seg som problematiske former for identitetshåndtering. Dette preger trolig barnevernets tjenesteutøvere i både første- og andrelinjetjenesten.

6.4.3 Symbolikk og kultur

Utgangspunktet for den symbolske rammen er modeller og teorier fra sosial- og kulturanthropologi. Mens strukturen fokuserer på det formaliserte og eksplisitte, ser den symbolske rammen på det underforståtte, det opplagte og det som kommuniseres i symboler og metaforer. Spørsmålet er ofte om de verdier som organisasjonen uttrykker i skrevne mål sammenfaller med dem som kommuniseres gjennom metaforer og symboler (Bolman m.fl., 2004).

Fagteamene omtales som Bufetats ”spydspiss”. Departementet skapte i forkant av reformen forventninger hos kommunene om fagteamenes bidrag (Rambøll, 2008). Disse er blitt forsterket gjennom senere rundskriv om blant annet forebygging der fagteamene på statens vegne skal bistå kommunene (Barne- og likestillingsdepartementet, 2005, 2007c).

Fagteamene kan oppfattes som signal om at staten endelig vil hjelpe kommunene, der av forventningene. At fagteamene er gitt helsefremmende oppgaver kan symbolisere at staten og Bufetat tar helsefremmende oppgaver på alvor. Hvem er i så fall målgruppen?

Lokalpolitikere som forhåpentligvis lar seg inspirere av dette når de skal fordele kommunale ressurser? Forebygging er jo førstelinjens ansvar. Kan fagteamenes engasjement stimulere og motivere utøverne i barnevernet til å jobbe mer forebyggende og skape legitimitet for å bruke ressurser på forebygging? Kan fagteamenes konsultasjoner ha som viktigste effekt å legitimere en faglig tilnærming som kommunene ønsker?

Bufetat og fagteamenes fokusering på økonomi signaliserer at staten tar økonomistyring og effektivitetskrav på alvor (Rambøll, 2008). Det er et viktig signal i organisasjonen, til samarbeidsparter og til skattebetalerne. På den annen side risikerer staten og statens utøvere å bli oppfattet som at økonomien vurderes som viktigere enn barnas behov.

Den store satsingen på fagteammedarbeiderne med lønn, kompetanseoppbygging, økning av antall stillinger og nye oppgaver bekrefter overfor fagteamet selv, kolleger og samarbeidspartnere at fagteamene verdsettes høyt. Hvordan opplever kollegene i behandlingsenhetene det? Kan det, sammen med målsetningen om redusert bruk av institusjonsbehandling, skape et bilde av at det er fagteamene som skal gjøre barnevernet bedre, og at behandlingstiltakene ikke er verd å satse på? Satsingen på fagteamene kan indirekte skape uro og spenninger i andre deler av organisasjonen.

6.4.4 Den politiske rammen

Den politiske rammen bygger hovedsakelig på statsvitenskapen. Organisasjonen betraktes som en arena i den opprinnelige betydningen kampplass. Rivaliserende interesser kjemper om makten og knappe ressurser. Betegnende stikkord er konflikter basert på varige forskjeller i behov og interesser, forhandling, tvang, kompromissløsninger osv. Koalisjoner skifter stadig, og løsninger finner man gjennom politisk kløkt (Bolman m.fl., 2004).

Bufetats organisering bidrar til å skape sammenslutninger mellom profesjonsgrupper, mellom fagteamene, mellom behandlingsenheter med sammenfallende interesser osv (Fossestøl, 2006). Disse har alle virkelighetsoppfatninger, kunnskap og interesser farget av eksempelvis organisasjonsnivå, ansvarsområde og daglige utfordringer. De fleste viktige beslutninger angår fordeling av knappe ressurser som økonomi og behandlingsplasser (Rambøll, 2008). Ressursknappheten og varige forskjeller kan gi konflikter en sentral rolle i organisasjonenes dynamikk, og gjøre makt til den viktigste ressursen (Busch m.fl., 1993.; Bolman m.fl., 2004). Dette drøftes videre i interessentanalysen.

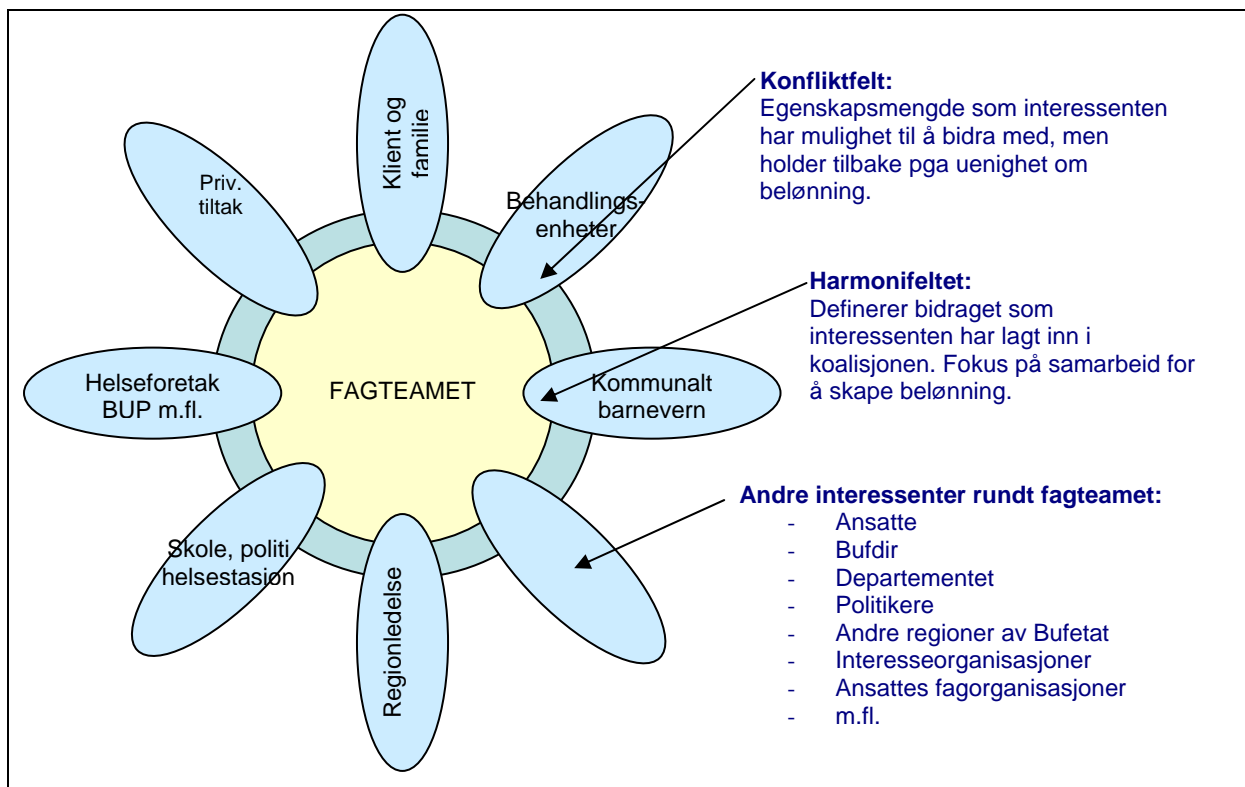
6.5 Interessentanalyse

Fagteamenes oppgaver innebærer stor grad av relasjonsbygging til og mellom alle aktørene som er involvert i barn og unges oppvekstforhold. Her følger en teoretisk drøfting med formål å få frem hvordan samarbeidsparter og samarbeidsrelasjoner påvirkes av barnevernets organisering og oppgavefordeling.

6.5.1 Fagteamets interesser

Et foretaks eksistensberettigelse forutsetter at det finnes personer og/eller grupper som betrakter belønningene som produseres som så verdifulle at de er villige til å yte et bidrag for

oppretholdelse av virksomheten. Disse interessentene befinner seg både i og utenfor organisasjonen. Hver interessent disponerer en viss mengde egenskaper som for eksempel kunnskap eller ressurser, og bidrar med en del av disse til organisasjonen. Den samlede energimengden av disse egenskapene transformeres tilbake til interessentene som belønninger. Eksistensgrunnlaget for enhver organisasjon ligger i at den er i stand til å utvikle en bidrag-belønningsbalanse som oppleves tilfredsstillende for interessentene (Busch m.fl., 1993.; Busch og Vanebo, 2000).



Figur 6.2 Interessenter rundt fagteamet (Busch m.fl., 1993).

Interessentene er i utgangspunktet tjent med å samarbeide for å skape belønninger, men har også motstridende interesser. Den harmoniske interessentmodellen har derfor også et konfliktfelt som betegner en mengde egenskaper som interessentene har mulighet til å sette inn, men holder tilbake på grunn av konflikt om belønning. Det er viktig at harmonifeltet dominerer, ellers kan organisasjonen bli hemmet i sin utøvelse. Konflikter binder ressurser og hemmer belønningsproduksjon (Busch m.fl., 1993). Fagteamets samarbeid med små kommuner synes å være preget av et dominerende harmonifelt. De små kommunene har stort behov for fagteamets bistand, og inviterer dem gjerne inn i tidlig fase av saksforløp. Større og mer ressurssterke kommuner har ikke det samme behovet for fagteamets kompetanse og bistand, og er mer reserverte i samarbeidet (Rambøll, 2008). Konfliktfeltet er større. Det er

likevel en bidrag-belønningsbalanse og et dominerende harmonifelt fordi kommunen har behov for fagteamet tjenester ved plassering av klienter.

Interessegruppe	Bidrag	Belønning
Kommunal barneverntjeneste	Klienter Egenandel Invitasjon til sine "enemerker"	Behandlingsplasser, råd og veiledning, legitimitet til egen praksis
Behandlingsenheter	Omsorgs- og behandlingsplasser Kompetanse og erfaring	Klienter
BUP	Spesialisert kompetanse, råd og veiledning Behandlingstilbud for barn Økonomisk "avlastning"	Plassering av klienter som har behov for mer enn psykiatrisk behandling
Voksenpsykiatri og rus	Behandlingstilbud for barnevernsbarn som blir voksne Behandlingstilbud for foreldre	Mulighet til å planlegge "overtakelse" av voksne barnevernsbarn Samarbeid om familieproblematikk
Private tjenestetilbydere	Omsorgs- og behandlingsplasser	Betaling
Klienter og familie	Informasjon og ressurser	Hjelp til problemløsning
Ansatte	Arbeidskraft og kompetanse	Lønn, sosiale ytelser, meningsfylt arbeid
Regionledelsen	Lederatferd Ressurstildeling, føringer, informasjon	Resultatoppnåelse Kostnadseffektivitet Informasjon
Bufdir	Lederatferd Ressurstildeling, føringer, informasjon	Resultatoppnåelse Kostnadseffektivitet Informasjon
Departementet	Ressursrammer, faglige føringer og regelverk	Resultatoppnåelse Kostnadseffektivitet
Nasjonale politikere	Ressursrammer, politiske føringer og beslutninger, regelverk	Velferd for befolkningen

Figur 6.3 Eksempler på antatte bidrag og belønninger (Busch m.fl., 1993).

Makt

Samarbeidet mellom interessentene påvirkes også av maktfordelingen mellom dem. Makt er alltid ujevnt fordelt. Den enkeltes makt er viktig for muligheten til å utvikle kontrakter hvor egne interesser blir tilgodesett. Fordeling av makt blir derved viktig og en ressurs i seg selv, og maktpill og politisk aktivitet kan bli resultatet, jfr kapittel 6.4.4.

Richard M. Emerson (1962) knytter maktbegrepet til bytteforhold og definerer makt som avhengighetsrelasjonen mellom to parter. En interessegruppe har makt i den grad den har noe som organisasjonen er interessert i. Avhengigheten er stor dersom interessenten disponerer noe som organisasjonen trenger for å nå egne mål. Dersom bidraget kan erstattes av andre interessenter, reduseres organisasjonens avhengighet (Busch m.fl., 1993; Busch og Vanebo, 2000).

6.5.2 Fagteamets forhold til samarbeidspartene

For å danne meg et bilde av makt- og avhengighetsforholdene rundt fagteamet, har jeg foretatt en teoretisk analyse av bidrag-belønningsforholdet mellom fagteamet og kommunen, BUP⁵ og Bufetats behandlingssenheter.

Kommunesamarbeidet

Fagteamets *bidrar* med kunnskap om tiltaksapparatet, barnevernfaglig kompetanse og til dels stillingsressurser i den grad rådgiverne utfører oppgaver for kommunen. Bidraget skjer gjennom konsultasjonsvirksomheten, deltakelse i forebyggende arbeid og i noen grad i form av utredninger. I små kommuner sammenfaller dette med ønsket *belønning*, mens større kommuner er mindre interessert (Rambøll, 2008). Kommunens belønning er også økonomisk. Nærmiljøtiltak er billigere for kommunen pga lavere egenandel. Forebygging kan på sikt redusere tunge kostnadskrevende barnevernssaker i kommunen, og på enda lengre sikt redusere antall problembelastede voksne i kommunen (Kristofersen og Clausen, 2008).

Kommunenes bidrag er enklere og billigere klienter. Det gir Bufetat belønning i form av kontroll med kommunenes faglige metoder og valg av tiltak, hvilket gir seg konkret utslag i at kommunen velger løsninger i nærmiljøet og også iverksetter tiltak på tidligere tidspunkt. Begge deler er faglig og økonomisk gunstig for Bufetat. Nærmiljøtiltakene er betydelig billigere å drive enn institusjon, og tidlig intervensjon kan kanskje forhindre at en problemstilling i det hele tatt blir en sak for Bufetat.

Målet om tidlig intervensjon og nærmiljøløsninger blir noe forstyrret av betalingsordningen som i noen tilfeller kan gjøre det "lønnsomt" for kommunen å velge plassering (Barne- og likestillingsdepartementet, 2007b). Det kommunale barnevernet har makt over fagteamet gjennom at de har lovfestet beslutningsmyndighet for valg av type og omfang av barnevernstiltak, også på andrelinjenivået.

Samarbeidet med BUP

Barne- og ungdomspsykiatrien har et maktovertak på fagteamet gjennom sin spesialistkompetanse som kan være avgjørende for å lykkes med barnevernstilbudet, og gjennom et lovverk som tilsynelatende gir større mulighet til å avgrense ansvar og oppgaver

⁵ Barne- og ungdomspsykiatrien

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). De bidrar med råd og veiledning i konsultasjonsvirksomheten og behandlingstilbud for psykisk syke barnevernsbarn. De er også en inngangsport til voksenpsykiatrien og rustjenesten, for behandlingstrengende foreldre samt ungdom som blir voksne, jfr fig 2.1.

Belønningen som BUP mottar fra fagteamet er barneverntiltak for pasienter med sammensatt problematikk, og adgang til fagteamets formaliserte samarbeidsarenaer med kommunene, Bufetats barnevernheter og andre. Gjennom slik deltakelse kan BUP forebygge eller fange egne pasienter i tidlig fase, etablere samarbeid om familieproblematikk osv.

Bufetats behandlingsheter

Barnevernheterne bidrar med omsorgs- og behandlingsplasser for de barna som kommunene søker inn til fagteamet. De innehar også en kompetanse- og erfaringsressurs som ventelig har stor verdi for fagteamet. Belønningen de mottar fra fagteamet er klienter som passer inn i deres spesialiserte tiltak, og derved legitimitet til sin virksomhet.

Enhetene tilhører samme profesjon og etat, og har de samme faglige målsetninger som fagteamene. Deres målsetninger om å være en god og utviklende arbeidsplass, å yte faglig kvalitet og kostnadseffektivitet kan likevel komme i konflikt med fagteamets interesser, selv om de overordnede mål for arbeidet tilsynelatende er likelydende. Dette skyldes ulik maktfordeling der fagteamet kan pålegge enhetene å ta inn klienter som de ikke ønsker, som vil medføre budsjettoverskridelser osv.

6.6 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg forsøkt å belyse konsekvenser av den omfattende organisasjonsendringen som barnevernreformen representerte. Gjennom en enkel organisasjonsteoretisk analyse av Bufetat har jeg avdekket problemstillinger og dilemmaer som følger av fagteamenes organisasjonsmessige plassering og tildelte ansvar, oppgaver og myndighet. Det kan synes som om organiseringen skaper dilemmaer for medarbeiderne i fagteamet. Disse relaterer seg til faglige hensyn versus kostnadseffektivitet, og spenningsforhold til samarbeidspartene innad og eksternt som følger av ulik myndighet.

Analysen er lagt til grunn for intervjuundersøkelsen som presenteres i neste kapittel.

7 Fagteamenes utøvelse av helsefremmende arbeid

I dette kapittelet presenteres og drøftes dataene fra intervjuundersøkelsen, under hovedoverskrifter som relaterer seg til fagteamenes oppdrag, jfr kapittel 5.2. Det er her forskningsspørsmålet besvares.

Analysen er konsentrert om beskrivelser av praksis, meningsuttrykk og refleksjoner som fremkom i intervjuene, fulgt av drøfting. Underkapitlene utfyller hverandre.

Intervjuundersøkelsen er avgrenset til fagteamets arbeid mot kommunene, Barne- og ungdomspsykiatrien og Bufetats behandlingssenheter.

7.1 Styrking av kommunenes kompetanse

Fagteamets virksomhet for å styrke kommunenes kompetanse til å finne lokale løsninger er relatert til deltakelse i kommunenes forebyggende arbeid, konsultasjonsvirksomheten, arbeidet for å legge til rette for løsninger i nærmiljøet og plassering i andrelinjetiltak.

7.1.1 Forebygging og tidlig intervensjon

To fagteam deltar i kommunale prosjekter for lokal implementering av nasjonale strategier for forebygging på utvalgte satsingsområder. Forøvrig er fagteamets deltakelse i kommunenes forebyggende arbeid begrenset til enkeltsaker, og faller da inn under konsultasjonsvirksomheten og tilretteleggingen for hjemmebaserte tiltak som omtales under. Dette begrunnes litt forskjellig. Lite tydelige føringer om hva som er fagteamets konkrete oppgaver på området er en forklaring. En informant spør prinsipielt om generell forebygging er en oppgave for andrelinjetjenesten, og etterlyser styrking av kommunens ressurser til denne typen arbeid. En annen sier at dette er en ensidig føring til Bufetat, uten forankring i kommunene, hvilket medfører at kommuner vil ha seg frabedt at fagteamet ”*kommer og blander oss inn, hvis vi ikke blir invitert*”. Her er det forskjell på store og små kommuner. Små kommuner betrakter i større grad enn store kommuner fagteamet som en velkommen drøftingspartner.

Informantene mener at fagteamet kan bidra i det forebyggende arbeidet med tverrfaglig kompetanse og kunnskap om Bufetat og BUPs tilbud, og til kompetanseoverføring mellom

kommunene fordi fagteamet gjennom sitt kommunesamarbeid har god oversikt over hva som foregår hos de forskjellige.

Behandlingsenhetene mener også å ha verdifull kompetanse og kunnskap og bidra med i generelt forebyggende arbeid, men opplever seg hemmet av reformen som har medført at all kontakt med kommunene skal gå via fagteamet. De har nå lite kontakt med kommunene utenom enkeltsaker.

Drøfting:

Her synliggjøres det tvetydige grensesnittet mellom Bufetat og kommunene. Loven er klar på at forebygging er kommunens ansvar. Samtidig har fagteamet føringer om å bistå kommunene i dette arbeidet. Fagteam og enheter har åpenbart kompetanse av verdi i forebyggende barnevernarbeid, og tidlig intervensjon for å ta vare på ressurser og hindre problemutvikling er fornuftig, jfr kapittel 5.2. Det er likevel relevant å sette spørsmålstegn ved hensiktsmessigheten av andrelinjetjenestens deltakelse i forebygging. Primærforebygging må nødvendigvis foregå på areaer hvor kun kommunen har adgang, og på andre områder enn barneverntjenesten som først møter barna når problemer foreligger. Helse skapes der hvor barna lever, eksempelvis i hjem, barnehage og skole og fritidstilbud (World Health Organisation, 1986). Dette er viktige arenaer for helsefremmende arbeid.

Konsultasjonsvirksomheten er fagteamets mest synlige bidrag til kommunenes sekundærforebygging.

7.1.2 Fagteamets konsultasjonsvirksomhet

Konsultasjonsvirksomheten er fagteamets viktigste virkemiddel for å dreie klienstrømmen bort fra institusjonsbruk mot tiltak i hjem og nærmiljø. Ideelt skjer konsultasjonen i så tidlig fase at kommunen etter rådføringen klarer å sette inn tiltak som løser problemene uten stor inngripen i barnets og familiens liv.

... andre ganger hører man aldri mer om saken, og det er jo bra. Da har vi kanskje gitt barneverntjenesten og familien noe med på veien som har hjulpet dem til å finne noen utveier, (Informant fra fagteam)

Alternativt kan andrelinjetjenesten bistå med individuelt tilpassede hjemmebaserte tiltak.

Fagteamet tilbyr kommunene råd og veiledning i alle faser av en barnevernsak, fra barneverntjenesten blir oppmerksom på et barn som har problemer til eventuelt vedtak foreligger og søknad er oversendt Bufetat. Tema for konsultasjonen kan være alt fra utredningsbehov til valg av tiltak.

De ulike fagteamene utfører sin konsultasjonsvirksomhet på relativt forskjellige måter. Felles er at de oppmuntrer kommunen til å involvere fagteamet så tidlig som mulig i klientens problemutvikling, og at hvert fagteam har etablert et formelt konsultasjonsforum hvor kommunene kan melde inn saker til drøfting.

I de fleste opptaksområdene som er representert i intervjuene, har fagteamet bygget opp konsultasjonsteam som et slags ekspertråd, bestående av kommunal saksbehandler, fagteamrådgivere og eventuelt psykolog og/eller pedagog fra fagteamet. Noen har også fast representasjon fra BUP. Fagpersoner fra behandlingssenheter, habiliteringstjenesten osv inviteres ad hoc. Klienten og familien deltar noen ganger, men som oftest ikke. Kommunen bestemmer hvem som eventuelt skal delta utover de faste representantene.

Ett fagteam prøver ut en ny konsultasjonsmodell. Barnet selv, foreldrene, skolen, slektninger, lensmannen, fotballtreneren og andre voksenpersoner som spiller en rolle i klientens liv inviteres til stormøte for å drøfte frem løsninger. Alle får snakke, alle må lytte og alle er likemenn. Fagteamets rolle er å arrangere, tilrettelegge for og lede møtet.

Fagteamet vil antakelig ikke si så mye, for vi kjenner lite til saken og det er ikke så viktig hva vi mener. Det viktige er hva de som det gjelder mener (Informant fra fagteam).

Fagteamene utfører også konsultasjoner løpende i enkeltsaker.

Drøfting:

Konsultasjonsvirksomheten er sentral i fagteamets arbeid for å styrke kommunens kompetanse til å finne og velge lokale løsninger. Fagteamet som prøver ut stormøtemodellen viser at det dreier seg om å anvende barnas ressurser i familie og nærmiljø, og derigjennom styrke lokalmiljøets mulighet til handling.

Her brukes dialog som arbeidsmetode. Alle deltakerne gis lik anledning til å komme med sine meninger. De profesjonelle deltakerne er først og fremst tilretteleggere som bistår dem som eier problemet til å finne sine egne løsninger og virkemidler. Eksperten serverer ikke ferdige løsninger, og trekker seg tilbake når settingen klarer jobben selv. Fagteamet og barneverntjenesten inviterer til å bygge en helsefremmende setting rund klienten med regler for interaksjon som sikrer dialog og likeverdig deltakelse, hvilket igjen kan gi bemyndigelse og kapasitetsbygging (Poland m.fl., 2000).

Stormøtemodellen får også fagteamet til å tre ut av den overprøvende rollen som de angivelig har inntatt overfor kommunene, og vil derved kunne bidra til å redusere dette spenningsforholdet (Rambøll, 2008).

Innvendinger mot metoden er at det kan være vanskelig å sette til side tradisjonelle autoritetsmønstre mellom deltakerne, og for de profesjonelle å godta utradisjonelle/ikke-profesjonelle løsninger og virkemidler (Branstad, 2003). Premissene for møtet er lagt av de profesjonelle, og selv om intensjonene er deltakelse på lik linje i en åpen, oppriktig og tvangsfri diskurs slik Jürgen Habermas forutsetter i sin dialogmodell, så har deltakerne ulik status, makt og rettigheter. Viljen til å gjøre det gode gir ingen garanti for at det gode skjer (Eriksen og Weigård, 1999.; Ulvestad, 2003).

Ekspertrådsmodellen gir mulighet til å utvikle løsninger basert på det faglig beste fra flere faggrupper og etater, men man går glipp av det eierskap til løsningen som deltakelse gir (Gustavsen og Engelstad, 1986).

7.1.3 Fagteamet som fasilitør for løsninger i nærmiljøet

Når fagteamet mottar søknader om fosterhjem eller institusjonstiltak for et barn, inviterer de kommunen til drøftingsmøte. Her sjekker de om løsninger i nærmiljøet er vurdert.

Vi er drilla på nærmiljøtenkinga; at tiltak i utgangspunktet skal rigges opp rundt ungdommen der han bor og lever. Kommunen blir jo lei av oss! Ved for eksempel en akutthenvendelse så spør vi alltid: Er det noen i nærmiljøet, noen tanter, naboer, i barnehagen, på skolen som kan...? Det er det vi holder på med hele tida. Nei vel, så kan de ikke det. Da har vi PMTO eller MST. Vi går på en måte trappa opp hele tida. (Informant fra fagteam)

Hvis hjemmebasert tiltak er aktuelt trekker fagteamrådgiver inn barneverntjenesten, behandlingssenheten, foreldrene og eventuelle andre involverte eller ønskede aktører.

Alle fagteamrepresentantene kommer inn på forholdet mellom kommunen og fagteamet i dette arbeidet. Det sies at flere kommuner enn tidligere ”går trappa selv” fordi de har lært av fagteamets fremgangsmåte. Informantene har ulikt syn på fagteamets kompetanse og rolle. En mener at kommunen bør bygge opp denne kompetansen:

Kompetansen bør jo ligge der hvor barna er, i det kommunale systemet. (Informant fra fagteam)

En annen mener at fagteamets rolle nettopp er å ha kompetanse som kommunene ikke har, henholdsvis psykolog og pedagog, spisskompetanse i å vurdere hvilke spesifikke tiltak som passer for hvilket barn og solid barnevernfaglig generalistkompetanse og erfaring.

Vår oppgave er ikke å være bedre enn kommunene, men å hjelpe til at sakene blir godt opplyst. (Informant fra fagteam)

Bakgrunnen for uenigheten er at kommunene reagerer veldig ulikt på fagteamets spørsmål og grundige vurdering av saken. Noen opplever fagteamet som overprøvende.

En informant fra behandlingssenhetene fremhever betydningen av å trekke alle viktige voksepersoneer rundt ungdommen inn i planleggingen av tiltak i hjemmet og nærmiljøet. Det vil variere fra ungdom til ungdom hvem disse voksne er, men nærmeste familie, skole, nettverket til familie, øvrige familie er aktuelle.

Begynne med kartlegging - å snakke. Få opp det som er av styrker, beskyttelsesfaktorer, risikofaktorer. Høre hva de tenker er målet, hva må til, hva er atferden, hva er utfordringen, hvordan ser det ut i dag. Hvor ofte skjer det, hvor skjer det, hvem er berørt av det. Veldig, veldig åpent. (Informant fra enhet)

Informanten mener at hjemmebaserte tiltak er det faglig riktige førstevalget, og at valg av andre typer tiltak må begrunnes spesielt:

Det finnes bare en begrunnelse: at det ikke finnes noen ressurser rundt barnet. (...) ...er derfor opptatt av at man skal kunne argumentere for ikke å bruke nærmiljø. Ikke pga økonomi, men fordi det er faglig riktig. Tar ansvaret og løser problemet der hvor

det er, ikke løfte det bort. De (foreldrene og andre i nærmiljøet, anm.) som har mulighet til å bidra til endringer skal få lov til å gjøre det, få oppleve å bidra. Det gjør godt for dem også, ikke bare ungdommen. (Informant fra enhet)

Enheden savner å være involvert i fagteamets drøftinger med kommunene i forkant av denne typen vedtak, for å gjøre bedre avklaringer og avlaste fagteamet i deres rolle. Det ville spare møtetid for kommunen, fagteamet, foreldrene og ungdommen, og viktigst: man ville komme raskere i gang og forhindre videre problemutvikling. Det ville også gjøre det mulig å introdusere alternative tiltak mye tidligere hvis man ser at det er nødvendig.

Drøfting:

I et helsefremmende perspektiv er det til barnet og familiens beste å søke løsninger i nærmiljøet, for derigjennom ta vare på og styrke eksisterende ressurser fysisk, psykisk og sosialt, jfr redegjørelse i kapittel 5.1. Kommunenes reaksjon på fagteamets arbeidsmåte må likevel tas på alvor. En evalueringsundersøkelse påpeker at førstelinjetjenesten ofte opplever at fagteamet ikke har tillit til utredninger og vedtak som kommunen har gjort, og viser blant annet til eksempler der barnets nettverk krevdes sjekket på nytt. Kommuner har følt seg tvunget til å velge hjemmebaserte alternativer i saker der de mener at det var faglig feil (Rambøll, 2008).

Jeg tolker funnene som at fagteamets oppgavesammensetning skaper spenninger til kommunen. I konsultasjonsfasen søker fagteamet å bemyndige barneverntjenesten gjennom dialog og kunnskapsoverføring. Når saken har blitt en søknad om plassering, går fagteamrådgiverne over i en kontrollør- og ressursforvalterrolle. De spør om tiltak i nærmiljøet er vurdert, og sjekker derved om kommunen har gjort jobben sin. Hensikten er å sikre barnets beste, men fagteamet objektiverer barneverntjenesten (Skjervheim, 1996). Fagteamets maktposisjon understrekes, jfr interessentanalysen i kapittel 6.5 Dette står i paradoksalt motsetning til den demokratiske konsultasjonsvirksomheten hvor kommunene i realiteten gir fra seg makt til fagteamet ved å la dem ta del i utredningsfasen og derved påvirke kommunens bestilling til andrelinjetjenesten, mens fagteamet på sin side avgir kunnskapsmakt ved å involvere kommunene i sine vurderinger. Disse motstridende praksisene og maktubalansen forsterkes gjennom at fagteamet er pålagt å søke økonomisk fordelaktige løsninger og ta plasshensyn.

For innspillet om medvirkning fra barnets nettverk i tiltaksplanleggingen, viser jeg til drøftingen av konsultasjonsvirksomheten over.

7.1.4 Plassering av enkeltklient

Dersom nærmiljøløsning ikke er et alternativ, drøftes aktuell behandlingseenhet med kommunen. Fagteamet prøver deretter å finne en ledig plass. Søknaden og kommunens tiltaksplan oversendes til valgt enhet for vurdering med tanke på enhetens egnethet for barnet, og barnets "egnethet" for enheten. Eksempelvis kan barnet ha atferdsproblemer av en slik art at det vil ødelegge for andre barn i enheten, eller enheten kan være så presset av andre krevende klienter at de ikke vil kunne gi det nye barnet det tilbudet han/hun trenger, selv om de i utgangspunktet har både plass og kompetanse. Aksepterer enheten å ta i mot barnet, utformer fagteamet konkret tilbud til kommunen, og innkaller til nytt møte der fagteam, kommune og enhet og gjerne også barnet og/eller familien deltar for å planlegge tiltaket.

Ved å arbeide på denne måten mener fagteamet å oppnå at behandlingseenhetene får tillit til dem, og opplever seg behandlet som seriøse samarbeidspartnere.

Fagteamet har anledning til å pålegge behandlingseenheten å ta imot barnet mot deres vilje, men denne myndigheten benyttes i liten grad.

Det er ikke til vårt eller barnets beste hvis vi feilplasserer eller trykker ungdommen inn for å holde vår frist. Det må være faglig vurdert. Det kan de best si noe om som har ansvaret for å drive tiltaket. Vi må samarbeide! (Informant fra fagteam)

Det er ulik praksis for involvering av og dialog med behandlingseenhetene. Alle informantene gir likevel uttrykk for at dialog er ønskelig og nødvendig.

Fagteamrepresentantene sier entydig at behandlingseenhetene er viktige bidragsytere i forhold til både vurdering og plassering av klientene.

Misforstått (...) at det ikke skal være så mye kontakt mellom fagteam og tiltak. Vi er jo avhengig av at de kan vurdere. De sitter med informasjon og kompetanse i forhold til hvem de kan håndtere. Det blir for enkelt å si at de kan ta alle, eller at vi i fagteamet vet nok om tiltaket....

Det er noe med kapasitet, og det er noe med kvalitetssikring. ... Vi er avhengig av at enheten gjør god jobb, og de er avhengig av at vi gjør en god jobb. (Informant fra fagteam)

Etter tre måneder i tiltak og deretter hvert halvår, avholdes et evalueringsmøte i regi av fagteamet. Hensikten er å kontrollere fremdrift og vurdere faglig utvikling og innhold i tilbudet med tanke på videre behandlingsforløp eller avslutning. Enhet, kommune, barnet og foresatte med flere deltar.

Drøfting:

Fagteamets kontrollfunksjon er vanskelig å "få tak på". Den er innbakt i oppgaver som tilsynelatende dreier seg om bistand og fagutvikling. Eksempelvis er det kommunens lovpålagte ansvar å besørge gode individuell tiltaksplaner og omsorgsplaner som redskap for å styrke det faglige arbeidet, og for å bedre kommunikasjonen mellom barneverntjenesten og familien (Barne- og likestillingsdepartementet, 2006). Det er behandlingseenhetenes ansvar at det terapeutiske tilbudet er godt. Likevel er fagteamet gitt i oppgave å bistå kommunene i utarbeidelse av individuell plan, og vurdere fremdrift og faglig utvikling ved plasseringer. Fagteamet er gitt en kontroll- og myndighetsutøverrolle overfor kommuner og behandlingseenheter som ikke samsvarer med samarbeids- og relasjonsstrategien. Evalueringen av fagteamene bekrefter at ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune og fagteam oppfattes som uklar av begge parter (Rambøll, 2008).

Forholdet mellom fagteam og enheter drøftes under.

7.2 Ivaretagelse av helhetsperspektivet

Helhetsperspektivet har to sider. Det skal sikre et differensiert og sammenhengende kommunalt og statlig hjelpetilbud til barnevernsbarna og deres familie. Dette forutsetter dialog og samarbeid mellom alle aktører som tilbyr tjenester til barn og unge. Den andre er å betrakte barnets omgivelser som et støttende miljø, som skal inneholde alle nødvendige ressurser for å sikre helsefremmende oppvekstvilkår (World Health Organisation, 1986).

Fagteamets oppdrag er å tilrettelegge for helhetlig samhandling på tvers av fag- og etatsgrenser og forvaltningsnivå (Barne- og familiedepartementet, 2003).

7.2.1 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten: BUP

Det er inngått, eller skal inngås, lokale samarbeidsavtaler mellom Bufetat og barne- og ungdomspsykiatrien i alle opptaksområdene i intervjuundersøkelsen. Avtalene omfatter

rutiner for samarbeid på overordnet nivå og rundt enkeltklienter, fagutveksling og gjensidig deltakelse i fagutvikling.

Hensikten med samarbeidet mellom fagteamet og BUP er å yte bedre tjenester til, bedre faglig tilnærming mot kommunene. (Informant fra fagteam)

Fagteamene beskriver sin rolle i det tverretatlige samarbeidet som å koordinere og binde sammen Bufetat og BUP, samordne tjenestene og bidra til et helhetlig hjelpeapparat; alt med barnet i fokus.

Fagteamets styrke er at vi sitter sentralt og har veldig god oversikt over muligheter og begrensninger,... Det er også litt av rollen vår: å si noe om det vi ser. Vi har både fugleperspektiv og er involvert. (Informant fra fagteam)

Det arbeides for større deltakelse av klienter og familie i konsultasjoner. Det er også aktuelt å invitere brukerorganisasjonene til møter på systemnivå.

Behandlingsenhetene er involvert på ledernivå eller ikke i det hele tatt, men en fagteamansatt sier: ”De sitter med barna og har dem nær, så de har absolutt en rolle.”

Enhetene selv melder et stort behov for dialog med BUP på overordnet nivå og i forhold til enkeltklienter.

Drøfting:

Det synes å være et stykke igjen før man kan tale om en sammenhengende tiltakskjede mellom kommuner, Bufetat og BUP. Samarbeidet mellom fagteam og BUP dreier seg først og fremst om BUPs deltakelse i fagteamets konsultasjonsvirksomhet og veiledning overfor kommunene.

Forholdet mellom fagteamet og BUP er forskjellig fra øvrige relasjoner som drøftes her. Forklaringen er antakelig at maktfordelingen er annerledes, jfr interessentanalysen foran. Tilsynelatende står mer på spill for fagteamet enn for BUP, og BUP kan velge å sette premissene for samarbeidet. Fagteamet er nødt til å forholde seg til BUP som subjekt (Skjervheim, 1996). I fagteamevalueringen fremheves samarbeidet med BUP som et område hvor fagteamene har lyktes godt. Det begrunnes først og fremst med forankring i

samarbeidsavtaler på overordnet nivå i begge organisasjoner, men funn av gjensidig respekt fremheves også (Rambøll, 2008). Jeg tror det siste er viktigst. Det legger grunnlag for en bidrag-belønningsbalanse der begge parter medarbeidere anser investering i samarbeid som nyttig.

Det er vanskelig å forstå hvorfor behandlingsenhetene ikke deltar i det tverretatlig samarbeidet. Målsetningen om tverrfaglige og sammenhengende tjenestetilbud inkluderer Bufetats enheter som har ansvar for klienter som også mottar eller ønsker tjenester fra BUP.

7.2.2 Samarbeid med Bufetats aktører: behandlingsenhetene

Fagteamet og behandlingsenhetene har mange møtepunkt, alene og i sammenhenger der også andre aktører deltar. Det dreier seg om plassering, oppfølging og evaluering av tiltak for enkeltklienter. Fagteamleder og enhetsleder møtes for å drøfte både klientsaker og overordnede problemstillinger. I noen opptaksområder møtes hele fagteamet og lokale enheter jevnlig. Begge parter understreker viktigheten av kontakten.

Fagteamene uttrykker tilfredshet med møtenes innhold og hyppighet. Enhetslederne ønsker enda mer dialog mellom enhet og fagteam. De ønsker å møte fagteamet oftere, at fagteamet skal sette seg enda bedre inn i tiltaksstrukturen, de ulike behandlingstilbudene og enhetenes særegenheter, og de etterlyser mer erfarings- og informasjonsutveksling.

Enhetene opplever at fagteamets plasseringsmyndighet skaper spenninger og ”*mye greier på saksbehandlernivå*”. Problemstillingene er flere. Fagteamet ønsker å plassere klienter i henhold til kommunenes søknader og klientens faglige behov, mens enhetene på sin side har for få plasser å tilby.

Fagteamet er bestilleren som fatter vedtak sammen med kommunene, mens enheten skal utføre det de fatter vedtak om. Det har enheten ikke nok ressurser til, og dette er det store temaet og dilemmaet. (Informant fra enhet)

En annen problemstilling gjelder overføringen av klient fra et tiltak til et annet, som ledd i behandlingsforløpet og klientens positive utvikling. Fagteamet må involveres for å beslutte endringen, også når barnet bare skal over i nytt tiltak innenfor den samme behandlingsenheten.

... det hadde vært mest gunstig for brukerne hvis enheten selv kunne legge et løp innenfor enheten. For eksempel hvis vi ser at en akutt plassert ungdom med fordel kunne fått hjelp hjemme - kunne vi sette inn folk uten å avklare dette med fagteamet... Fagteamet skal ikke kunne si nei til det hvis enheten og kommunen begge tenker at det er faglig riktig. Ønskelig å kunne betrakte en klient som innskrevet ved enheten ... Enheten har så mye å spille på... Fleksibel bruk av ressursene ville vært lettere hvis vi hadde større myndighet innen egen enhet. (Informant fra enhet)

Enheterne sier at det er tungvint å måtte ”innhente tillatelse” fra fagteamet for å ta kontakt med kommunene.

Enheterne ser at kun én inngangsport til Bufetat er gunstig for kommunene. En sier også at fagteamenes uavhengighet medvirker til å kvalitetssikre barnas rettigheter:

Unngår at man blir ”gjerrig” på vedtakene fordi man har knappe ressurser. Tror dette lett kunne blitt resultatet om enhetene selv skulle bestemt plassering. (Informant fra enhet)

Drøfting:

Enheterne etterlyser mer dialog og involvering, mens fagteamene mener at de involverer enhetene mye. En enkel forklaring på disse ulike oppfatningene er at fagteamet forholder seg til flere enheter og seksjoner i sitt opptaksområde, mens enheten stort sett bare forholder seg til ett, eventuelt to fagteam. Fagteamet møter altså enheter betydelig oftere enn den enkelte enhet møter fagteamet.

De divergerende oppfatningene uttrykker at behandlingsenhetene mener ikke å få brukt sin kompetanse og erfaring til fulle. Jeg tolker utsagnene deres som at de mener fagteamet har beslutningsmyndighet på områder hvor de selv mener å være faglig bedre kvalifisert. Bufetats behandlingsenheter ønsker generelt å bli involvert når barn vurderes plassert i deres enhet (Rambøll, 2008). Inntrykket er at fagteamene og Bufetat ikke benytter den kompetansen som enhetene har som terapeuter med erfaring fra mange ulike saker og direkte omgang med barna, kjennskap til egen enhets fortrinn og svakheter, hvilke andre barn som bor der hvis det dreier seg om institusjon, fosterforeldrene osv.

Fagteamene skal beslutte flytting av barn fra et tilbud til et annet i den samme enheten. Dette minner om umyndiggjøring og nedvurdering av fagpersonene i enhetene, og er neppe til barnas beste. Muligheten som store enheter med flere seksjoner og typer tilbud har til å kunne

tilby sammenhengende, helhetlige og fleksible terapeutiske tilbud som til en hver tid kan tilpasses det enkelte barns behov, utnyttes ikke.

Spenningen mellom fagteam og enheter synes å være forårsaket av organiseringen. Begge parter uttrykker gjensidig respekt, understreker viktigheten av dialog og samhandling og uttrykker lojalitet til Bufetats felles faglige strategier. Bestiller-utførermodellen skaper likevel maktubalanse og vanskeliggjør samarbeid, jfr drøfting i kapitlene 6.4.1 og 6.5.2.

7.3 Fagteamet som endringsagent

Oppdraget med å implementere barnevernreformens faglige intensjoner i hele barneverntjenesten ligger til grunn for opprettelsen av fagteamene som Bufetats utøvende endringsagent.

Kommunene har store forventninger til Bufetat generelt, og spesielt til fagteamenes kompetanseoverføring og bistand til å finne alternativer til plassering av barn utenfor hjemmet (Rambøll, 2008).

7.3.1 Forventninger til Bufetat og fagteamene

Representantene fra fagteamene setter spørsmålstegn ved kommunenes angivelig store forventninger til dem. Flere av informantene var tidligere ansatt i fylkesbarnevernet. En forklarer det slik:

Vi oppfattes som en viktig aktør og samarbeidspart, men jeg tror ikke at dette er så forskjellig fra sånn som det var tidligere. (Informant fra fagteam)

Det presiseres at store og små kommuner ser ting ulikt.

Jeg vet ikke om kommunene har så store forventninger til oss som det Bufetat og Bufdir innad har. (Informant fra fagteam)

Dette går også igjen hos alle, og de er kritiske til realismen i ledelsens forventninger. Et eksempel som flere trekker fram er at fagteamet er pålagt ikke å plassere barn i fosterhjem i privat regi⁶, samtidig som det ikke finnes tilstrekkelig mange statlige fosterhjem og rekrutteringen er blitt vanskeligere. Resultatet er lang ventetid på tiltak, plasseringer i mindre

⁶ Informantene refererer til regionale disponeringsskriv for 2008.

egnede tiltak og for noen også forverring av problematikk i venteperioden med akuttplassering som resultat. Dette er vanskelig, og faglig og økonomisk uforståelig for familiene, kommunene og fagteamet.

Ledelsen og økonomene må tenke mer langsiktig! (Informant fra fagteam)

En informant snur problemstillingen på hodet og mener at kommunene skal ha forventninger til Bufetat og fagteamene.

Behandlingsenhetene har forventninger til fagteamenes kompetanse i regelverk, saksgang, oversikt og innsikt i behandlingstilbud og metoder. De forventer at fagteamene bidrar til dreining av behandlingstilbud og klientstrøm, og at de er pådrivere for å få kommunene til å velge løsninger i hjem og nærmiljø. Og de forventer at fagteamet trekker enhetene inn i kommunesamarbeidet.

Drøfting:

Forventninger uttrykker tro på at noe skal skje. Motsatsen er likegyldighet. Sett gjennom symbolrammens briller kan kommunenes forventninger legitimere fagteamenes oppdrag (Bolman m.fl., 2004), jfr kapittel 6.4.3. Jeg slutter meg derfor til informanten som mener at kommunenes forventninger er positivt. Hvorfor fagteamene er tvilende til at kommunene har store forventninger til dem, forstår jeg ikke. Kanskje har det sammenheng med de påviste uklarhetene rundt fagteamets oppdrag, og at fagteam og kommune her snakker forbi hverandre (Rambøll, 2008)?

Implementeringen av reformens faglige føringer i kommunene vanskeligjøres av slike motstridende føringer som fosterhjemseksempelet illustrerer. Fagteamet kommer i en umulig situasjon. De kan ikke lykkes med å få kommunene til å velge andre løsninger enn institusjon når tilgangen på hjemmebaserte og fosterhjembaserte tiltak ikke økes parallelt. Fagteamets endringsarbeid er ikke samkjørt med ledelsens omlegging av tiltaksapparatet. Problemstillingen med ulikt fokus for ledelse og fagteam drøftes videre under.

7.4 Faglig og økonomisk styring

Fagteamet er gjennom ansvar for fagutvikling og kostnadseffektivitet også gitt en nøkkelrolle i etatens styring.

7.4.1 Dilemmaer

Flere av informantene uttrykker at Bufetats organisasjon er veldig toppstyrt. Beslutninger som innebærer nye oppgaver for fagteamet, og som også har betydning for kommunene, kommer uten forutgående drøfting eller varsel, og uten begrunning. Det siste oppleves spesielt vanskelig i kommunikasjonen med kommunene. Eksemplene som trekkes frem gjelder omlegginger i bruken av tiltaksapparatet:

De (kommunene, anm.) har ikke blitt spurt om hva de ønsker. Ikke har de fått ressurser heller, og en del av dette er ganske krevende for barneverntjenesten også. (Informant fra fagteam)

Vi er avhengige av troverdighet, at kommunene tenker at det vi har å tilby er bra og noe som de trenger. (Informant fra fagteam)

Informantene kjenner seg alle igjen i beskrivelser av uklarheter omkring fagteamets oppgaver, og at fagteamet har motstridende roller og for lite frihet til selv å legge opp sitt arbeide⁷.

Fagteamene betegner det som et dilemma på den ene siden å skulle møte kommunenes behov og skaffe faglig gode behandlingstiltak, og samtidig følge Bufetats pålegg om å redusere kostnader tilknyttet plasseringer.

Det er et dilemma å være fagperson oppe i dette her og ikke glemme de faglige perspektivene. (Informant fra fagteam)

Alle informantene uttrykker frustrasjon over økonomifokuseringen i Bufetat:

... økonomien har hatt et usannsynlig stor fokus. (...) Faglig og etisk sett har vi beveget oss helt på grensen av hva som er forsvarlig fordi økonomien har hatt så stort fokus at jeg mener vi i noen saker kanskje har gjort en faglig dårlig jobb. (Informant fra fagteam)

Pålegg om maks oppholdstid og maks pris... det er jo ikke pakker dette her! De (ledelsen, anm.) må stole på våre faglige vurderinger! (Informant fra fagteam)

⁷ Rambøll (2008) *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet: Vurdering og videreutvikling av fagteam. Sluttrapport* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.bufetat.no/filestore/Bufetatno-dokument/FoU/Oversendtsluttrapport.pdf>

Informantene sier at økonomifokuset påvirker samarbeidsforholdene til kommuner, BUP og behandlingssenheter, men at det først og fremst er fagteamet som opplever dilemmaene.

Fagteamleder løser dilemmaet mellom fag og økonomi ved selv å ta avgjørelsene som er begrunnet i økonomi, for ”... å beholde det faglige perspektivet i fagteamet”. En måte å møte økonomiproblematikken på er å øke rådgivernes kompetanse i å legge gode fagplaner for klientene.

... men i sånne situasjoner så tenker jeg at man virkelig må løfte faget og holde fast ved det inne i sitt hode... (Informant fra fagteam)

Fagteamene betrakter ikke behandlingssenheterne som mulige støttespillere i forhold til økonomiproblematikken. Enhetene på sin side mener at deres inngående kjennskap til egen enhet øker muligheten til å finne kreative og fleksible løsninger, og at de gjennom deltakelse i konsultasjoner og drøftinger av alternative tiltak ville kunne bidra til å gjøre økonomiansvaret mer håndterlig.

Drøfting:

Undersøkelser bekrefter et gjennomgående stort fokus på økonomi og kostnadseffektivisering i Bufetats organisasjon, Bufdir og departementet (Rambøll, 2008.; Riksrevisjonen, 2008).

Dilemmaet mellom fag og økonomi har utspring i at Bufetat som organisasjon har sterke føringer om økonomisk innstramming, samtidig som faglige behov skal dekkes i henhold til barnevernloven. Fagteamets skal dessuten håndtere faglige oppgaver som går ut over lovens rammer. Det er ikke mulig å oppfylle det ene kravet uten at det påvirker det andre.

Informantenes utsagn samsvarer med drøftingen i kapittel 6.4.2.

Det kan synes som om regionledelsen og Bufdir har et ensidig systemfokus og distanserer seg fra fagteamene, og at delegeringen derved er så fullstendig at dilemmaene overlates til fagteamet alene. Fagteamet er opptatt av å få synliggjort klientene og deres faglige behov, mens ledelsen virker opptatt av å styre og kontrollere effektivitet og økonomi, og raskt synlige resultater. Effektivisering kan føre til overdreven konsentrasjon om målbare størrelser slik at formål som er vanskelige å måle blir neglisjert (Tranøy og Østerud, 2001). Dette er kanskje uttrykk for det Vike m.fl. (2001) beskriver som to ”asymmetriske” produksjonssystemer: en

styringsfunksjon som har et emosjonelt avstandsforhold til fenomenene de håndterer, og et førstelinjeansvar som et moralsk system som omhandler sosialt og personlig moralsk engasjement og internaliseringen av ansvar. Forfatterne mener at styringsfunksjonen spesialiseres i form av entydiggjøring, hvilket betyr at komplekse oppgaver gjøres entydige og derved håndterlige for noen. Kompleksiteten blir imidlertid ikke borte fordi om ledelsen entydiggjør dem. Den må håndteres av andre. Forfatterne mener at dette er en årsak til at underordnede kan oppleve seg nedlesset av oppgaver som ledelsen ikke anerkjenner som ”reelle” problemer, og fremstår som lite konstruktive i ledelsens øyne når de tar opp problemstillinger (Vike m.fl., 2002).

Fagteamrådgivernes dilemmaer kan også relateres til profesjonsetikk. De vokter over barnet fordi barnets faglige behov vurderes som viktigere enn økonomi. Talcott Parsons (1902-1979) la vekt på forholdet mellom profesjonell og klient. Hensynet til klienten og hans hjelpebehov går foran alt annet, samtidig som den profesjonelle har sitt mandat fra samfunnet (Christoffersen, 2005). Profesjonsetikken kan kanskje fungere som beskyttelse for klienten og også motvekt til politiske føringer til profesjonene. Den profesjonelle har et etisk mandat som krever at han står inne for det han gjør (Grimen, 2005).

7.4.2 Belønning og motivasjon

Informantene fremhever at fagteamene har et stort arbeidspress. Det er betegnende at flere av intervjuene måtte avtales uker i forveien.

På spørsmål om hvorfor de velger å bli i fagteamstillingen, svarer informantene varierende og faglig engasjerende oppgaver, mye faglig påfyll, lite miljø, godt samarbeid, påvirkningsmulighet og muligheten å kunne følge en sak fra begynnelse til slutt.

Det gir mening å se at tiltakene vi setter inn virker, selv om de ikke alltid gjør det. Kan følge utviklingen og se at barnevernet faktisk hjelper en del barn. (Informant fra fagteam)

To refererer til at fagteamrådgivere som har bakgrunn fra kommunale barneverntjeneste opplevde enda større press der.

Det er flere dilemmaer og vanskelige ting her enn i kommunene, men trykket fra klientene har vi ikke. Foreldre som vil ha samtale med deg,... (...) I fagteamet kan vi se tingene mer i perspektiv. (Informant fra fagteam)

Behandlingsenhetene fremhever ansattes genuine faglige engasjement for barna og deres familier, og viktigheten av å se positive resultater av innsatsen.

Informantene mener at motivasjonsfaktorene kan forsterkes ved å gi fagteamrådgiverne hver for seg anledning til å spesialisere seg på et eller flere satsingsområder, ved siden av den generelle rådgiverfunksjonen. To mener dessuten at tydeliggjøring av fagteamets mandat ville synliggjøre fagteamets rolle bedre og forsterke motivasjon. Enhetslederne mener at motivasjonen kan forsterkes ved å tydeliggjøre og synliggjøre behandlingsresultater fortløpende, gi anerkjennelse og tilbakemelding og ta ansatte med på råd.

Drøfting:

Informantene er entydige når de fremholder faget som den avgjørende motivasjonsfaktoren og belønningen som gir mening til arbeidet i fagteam og enhet. Samtlige viser et sterkt faglig engasjement for barnevernsbarnas beste. Det de sier bekrefter at det er viktig for mennesker å ha medinnflytelse på sine omgivelser, oppleve å lykkes med det man gjør, oppleve mestring og få lov til å utvikle seg.

Denne innsikten kan gis overføringsverdi til klienter, familier og samarbeidsparter. Den sammenfaller med teoriene om helsefremmende verdier som er omtalt i kapittel 5, støtter opp om argumentasjon for å velge settingstilnærming og nærmiljøløsninger, og bekrefter hvorfor bemyndigelse og kapasitetsbygging er så viktig.

Intervjuene bekrefter også at det er tøft å arbeide i førstelinjen og være i direkte kontakt med klientene og deres familie. Vike m.fl.(2001) inkluderer barneverntjenesten når de skriver om utilstrekkelighetsfølelsen som kjennetegner velferdsstatens grasrotnivå. Fagteamet kan bistå kommunene i dette gjennom sitt arbeid, og gjør det. Kanskje er dette en årsak til at mange kommuner gir god tilbakemelding på fagteamets veiledning og konsultasjonsvirksomhet (Rambøll, 2008). De opplever at fagteamet gjennom konsultasjonene tar del i deres belastning. Byrden deles på flere. Denne innsikten kan anvendes på andre områder og komme både profesjonelle aktører og klientene til gode.

8 Oppsummering

8.1 Hovedfunn

Ved å sammenlikne barnevernreformens styringsdokumenter med Ottawa-charteret har jeg funnet at barnevernreformen har sterke helsefremmende intensjoner. Fagteamet er reformens endringsagent og tilrettelegger for helsefremmende arbeid.

Gjennom teoretisk analyse og intervjuundersøkelse har jeg undersøkt hensiktsmessigheten av den oppgavefordeling og organisering som er valgt for gjennomføring av reformens helsefremmende strategier. Jeg har funnet at å gjennomføre endringer og tilføre ressurser til kun andrelinjetjenesten og her kun enkelte organisasjonselementer, skaper spenningsforhold og maktubalanse internt i Bufetat og i grensesnittet mellom fagteam og kommune.

Barnevernets andrelinjetjeneste fikk gjennom reformen føringer om å bistå førstelinjetjenesten i oppgaver som i henhold til loven er kommunens ansvar. Førstelinjetjenesten fikk på sin side ingen nye føringer om endret grensesnitt til andrelinjetjenesten, nye metoder eller ny bruk av andrelinjens tjenesteapparat. Slike ensidige føringer har fortsatt å komme til Bufetat fra departementet, som ny eier av andrelinjetjenesten. Kommunene skal gjøres til faglig bedre tjenesteutøvere gjennom styrking av de statlige fagteamenes kompetanse og ressurser. Disse ensidig adresserte påleggene og satsingene skaper forvirring om oppgavefordeling, og spenninger mellom forvaltningsnivåene. Spenningene forsterkes ved at fagteamene er gitt motstridende roller i kommunesamarbeidet: relasjonsbygger og bistandsarbeider, men også kontrollør og ressursforvalter. Den første rollen skaper positive forventinger som legitimerer fagteamets eksistens, mens den andre gir avstand og maktubalanse. Fagteamets endringsarbeid i kommunene er fundert på makt, ikke på konsensus om faglige mål og visjoner.

Den ensidige satsingen på Bufetat og fagteamene hemmer effektivitet, delvis fordi den medfører dobbeltarbeid der fagteamet revurderer kommunens beslutningsgrunnlag, men først og fremst fordi fagteamet og Bufetat ikke har adgang til de viktigste arenaene for helsefremmende arbeid for barn og unge. Disse arenaene er også delvis utenfor det kommunale barnevernets rekkevidde, og det er derfor en lang vei fra barnevernreformens

helsefremmende intensjoner til helsefremmende praksis i familier, nærmiljø, barnehager og skoler hvor barns helse skapes.

Et spennende funn er stormøtemodellen for konsultasjon. Her bygges det settinger for helsefremmende arbeid som setter til side spenningsforhold mellom de profesjonelle aktørene, og lar barnet og hans/hennes nettverk tre frem som eksperter på egne problemer og valg av løsninger. Dette har overføringsverdi til andre områder og situasjoner i barnevernet.

Bestiller-utfører-modellen som er valgt for samhandlingen mellom fagteamet og behandlingsenhetene, gir ulik makt til fagteam og enheter, og skaper derved spenninger og rigide skiller mellom kolleger i samme organisasjon. Organisasjonsmodellen medfører at enhetenes erfaring og kompetanse ikke utnyttes, og at beslutninger og effektivering av disse tar unødvendig lang tid. Dette kan gå på bekostning av barnas faglige behov og helse. Enhetene er også mindre deltakende i tverrfaglige samarbeid enn før reformen.

Fagteamets samarbeid med BUP inneholder ikke disse spenningene. Årsaken er antakelig at de to organisasjonene i utgangspunktet er uavhengige av hverandre, som følge av ulikt lovverk. Samarbeidet er basert på en bidrag-belønningsbalanse, og formelt inngått mellom likeverdige parter. Maktforskjellene er små. Det som kan kritiseres er liten eller manglende involvering av kommunene, Bufetats behandlingsenheter, og barna med familie. Og verken i intervjuene mine, eller i andre undersøkelser finner jeg fokus på barnevernreformens formål med samarbeidet: å bygge sammenhengende tiltakskjeder for barn som trenger tjenester fra begge tjenesteutøvere.

Økonomifokuset i organisasjonen generelt og fagteamenes tildelte økonomiansvar spesielt, skaper dilemmaer i forhold til faglige og profesjonsetiske vurderinger.

8.2 Anbefalinger

For å nå helsefremmende målsetninger bør man anvende helsefremmende strategier. Anbefalingene mine retter seg mot organisering og oppgavefordeling, og begrenser seg til skissere noen prinsipper som bør følges for å oppnå demokratisk maktballanse mellom likeverdige parter. Jeg tror at maktubalansen mellom de profesjonelle aktørene langt på vei kan utjevnes ved å gjøre de helsefremmende intensjonene for barnevernsbarna gjeldene også

for tjenesteyterne. Bemyndigelse er sentralt. Likeledes kapasitetsbygging og tydeliggjøring av rammebetingelser.

Dette bør gi seg utslag i forhold som at fagteamet bør gi fra seg makt til kommunene i plasseringssakene. I stedet for å overprøve kommunenes faglige vurderinger bør de fokusere på felles fag- og målutvikling til barnas beste. Styrking av kommunenes utredningskompetanse bør skje i kommunene, gjennom direkte ressurstilførsel og kompetansestyrkingstiltak for kommunens egne ansatte. Dette bør skje parallelt med kompetansestyrking av andrelinjetjenesten. Nye faglige føringer fra departement og Storting bør adresseres til og kommuniseres med både stat og kommune. Stat og kommune må ha like rammer for ansvars- og oppgavefordeling.

Barnevernhetene bør være en selvsagt likeverdig deltaker i alle klientrelaterte utrednings- og beslutningsprosesser, og i all fag- og kompetanseutvikling.

Faglige resultater av barnevernreformen bør synliggjøres.

Gjennom studien har jeg blitt oppmerksom på barnevernreformens delegerte dilemmaer: fagteamenes vanskelige ansvar for å veie fag mot kostnadseffektivitet. Fagteamleder velger en annen strategi enn Bufetats ledelse for å håndtere dette. Organisasjonsledelsen velger tilsynelatende et ensidig systemfokus, og delegerer ansvaret og dilemmaene nedover i organisasjonen til fagteamet. Fagteamleder beholder dilemmaene selv, og motiverer medarbeiderne til ytterligere innsats på det området hvor de allerede er gode: barnevernfaget. Dette kan se ut som en helsefremmende strategi og ville være interessant å undersøke nærmere.

8.3 Kritiske betraktninger

Den største svakheten ved studien er at jeg ikke har snakket med kommunene og BUP. De har "hovedroller" i oppgaven, og ville kunnet bidra med verdifulle innspill. En annen mulig feilkilde er de forholdsvis enkle teoretiske analysene som jeg har lagt til grunn for mine tolkninger og funn. De representerer ingen entydig sannhet.

Informantutvalget er av beskjedne størrelse. Personer med lite representative meninger vil få stor tyngde i et så lite utvalg. På den annen side er det nettopp avvikerne som setter sunne

spørsmålstegn ved alminnelige oppfatninger. Flere informanter hadde nylig lest rapporten fra ekstern evaluering av fagteamene (Rambøll, 2008). Sannsynligvis var de påvirket av denne.

Jeg selv er som ansatt i Bufetat preget av en forforståelse med bakgrunn i arbeidssted, oppgaver og diskusjoner med kolleger. Det har trolig påvirket intervjuer og tolkninger, selv om jeg har forsøkt å være objektiv.

Helsefremmende arbeid er relativt ukjent i barnevernet. Jeg har derfor ”oversatt” frem og tilbake mellom byråkratspråk, barnevernspråk og helsefremmende terminologi, i intervjuer og dokumentstudie. Viktige budskap kan ha blitt fordreid eller misforstått.

8.4 Konklusjon

Min undersøkelse avdekker en helsefremmende reform hvis gjennomføring hemmes av ikke-hensiktsmessig organisering. Reformen som skulle tilrettelegge for tverretattlig relasjonsbygging og helhetlige tjenestetilbud, er gjennom valg av organisasjonsmodell og oppgavefordeling blitt splittende og konfliktskapende.

Oppgavens rammer har ikke tillatt konstruktiv undersøkelse og vurdering av hva som ville være en egnet organisering for å sikre at den samlede barneverntjenesten lykkes med gjennomføring av barnevernreformens helsefremmende målsetninger. Jeg mener at undersøkelsen, tross sitt beskjedne omfang, viser at det er påkrevd å foreta en konstruktiv revurdering/ videreutvikling av barnevernets organisering for å oppnå likeverd og mer rasjonell oppgavefordeling mellom barnevernets utøvere.

9 Litteraturliste

Barne- og familiedepartementet (1992) *Lov om barneverntjenester* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19920717-100.html> [lest 29.05.08]

Barne- og familiedepartementet (2000) *NOU 2000:12 Barnevernet i Norge - tilstandsvurderinger, nye perspektiver og framlegg til reformer*. Oslo, BFD.

Barne- og familiedepartementet (2002a) *Ot.prp. nr. 9 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven) og lov 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer (familievernloven) m.v.* Oslo, BFD.

Barne- og familiedepartementet (2002b) *St. meld. nr. 40 (2001-2002) Om barne- og ungdomsvernet*. Oslo, BFD.

Barne- og familiedepartementet (2003) *Rundskriv Q-19/2003 Strategidokument - statlig overtagelse av fylkeskommunale oppgaver, barnevern og familievern*. Oslo, BFD.

Barne- og familiedepartementet (2006) *Tildelingsbrev til barne-, ungdoms- og familiedirektoratet for 2006* [internett] Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bld/brv/2006/0001/ddd/pdfv/276516-tildelingsbrev_bufdir.pdf [lest 06.04.08]

Barne- og likestillingsdepartementet (2005) *Rundskriv Q-25/2005 Barnevernet og det forebyggende arbeidet for barn og unge og deres familier*. Oslo, BLD.

Barne- og likestillingsdepartementet (2006) *Tiltaksplaner og omsorgsplaner i barneverntjenesten - en veileder* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.bufetat.no/filestore/Bufetatno-dokument/Barnevern/Q-1104-Tiltaksplanerogomsorgsplaneribarneverntjenesten-enveileder.pdf> [lest 28.05.08]

Barne- og likestillingsdepartementet (2007a) *Barnevern* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/Barnevern.html?id=1058> [lest 10.11.07]

Barne- og likestillingsdepartementet (2007b) *Rundskriv Q-06/2007 Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommuner og statlige barnevernmyndigheter - herunder om betalingsordninger i barnevernet*. Oslo, BLD.

Barne- og likestillingsdepartementet (2007c) *Rundskriv Q-16 Forebyggende innsats for barn og unge*. Oslo, BLD.

Bolman, L. G., Deal, T. E. & Thorbjørnsen, K. M. (2004) *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Branstad, A. (2003) Fra monolog til dialog. I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?*, red.: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B., s. 162-173. Bergen, Fagbokforlaget.

Brox, O. (1995) *Praktisk samfunnsvitenskap*. Oslo, Universitetsforlaget.

Bufdir (2006) *Nasjonal rammeplan: Kompetansestyrking av fagteam 2006-2008*.

Bufdir (2007) *Om Barne-, ungdoms- og familieetaten* [internett] Tilgjengelig fra: <http://bufetat.no> [lest 20.09.07]

Bunton, R. & Macdonald, G. (2002) *Health promotion: disciplines, diversity, and development*. London, Routledge.

Busch, T., Johnsen, E. & Vanebo, J. O. (1993) *Foretakets ledelse og økonomi: Fra nåtid til nytid*. Otta, Tano.

Busch, T. & Vanebo, J. O. (2000) *Organisasjon, ledelse og motivasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.

Christoffersen, S. A. (2005) Innledning. I: *Profesjonsetikk: Om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* Vol. 142, red.: Christoffersen, S. A., s. 9-16. Oslo, Universitetsforlaget.

De Forente Nasjoner (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Oslo, Barne- og familiedepartementet.

- Doyal, L. (1995) *What makes Women sick. Gender and Political Economy of Health*. London, Macmillian Press Ltd.
- Engelstad, F. (2005) Forskingsetikk. I: *Introduksjon til samfunnsfag*, red.: Engelstad, F., Grenness, C. E., Kalleberg, R. & Malnes, R., s. 432-453. Oslo, Gyldendal.
- Eriksen, E. O. (2001) *Demokratiets sorte hull - om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo, Abstrakt forlag.
- Eriksen, E. O. & Weigård, J. (1999) *Kommunikativ handling og deliberativt demokrati: Jürgen Habermas' teori om politikk og samfunn*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Fossestøl, K. (2006) *Fagteamenes utfordringer og muligheter*. Oppstartskonferanse to-årig kvalitetsutvikling av fagteam, Trondheim, 26.-27. september 2006.
- Grimen, H. (2005) *Profesjonsetikken sitt grunnlag* [internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.hio.no/content/view/full/34781> [lest 07.04.08]
- Grønmo, S. (1996) Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen. I: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, red.: Holter, H. & Kalleberg, R., s. 73-108. Oslo, Universitetsforlaget.
- Gustavsen, B. & Engelstad, P. H. (1986) The Design of Conferences and the Envolving Role of Democratic Dialogue in Changing Working Life. *Human Relations*, 39, s. 101-116.
- Hanson, A. (2004) *Hälsopromotion i arbetslivet*. Malmö, Studentlitteratur.
- Hauge, H. A. (2003) Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid? I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?*, red.: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B., s. 15-35. Bergen, Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001) *Lov om spesialisthelsetjenesten* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>

Hjort, P. F. (1994) *Om samsykdommene*. Oslo, Statens institutt for folkehelse, institutt for helsetjenesteforskning.

Hjulstad, R. (1989) *Organisasjonsteori*. Oslo, NKS-Forlaget.

Jacobsen, D. I. (2004) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen, Fagbokforl.

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand, Høgskoleforlaget.

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2007) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen, Fagbokforlaget.

Justis- og politidepartementet (2001) *Lov om behandling av personopplysninger* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20000414-031.html> [lest 29.05.08]

Kalleberg, R. (1996) Forskningsopplegget og samfunnsvitenskapens dobbeltdialog. I: *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*, red.: Holter, H. & Kalleberg, R., s. 26-72. Oslo, Universitetsforlaget.

Kalleberg, R. (2005a) I begynnelsen er spørsmålene - om fagenes vitenskapelige oppgaver. I: *Introduksjon til samfunnsfag*, red.: Engelstad, F., Grenness, C. E., Kalleberg, R. & Malnes, R., s. 124-145. Oslo, Gyldendal Akademiske.

Kalleberg, R. (2005b) Innsamling av data - kommunikasjon med dem som utforskes. I: *Introduksjon til samfunnsfag*, red.: Engelstad, F., Grenness, C. E., Kalleberg, R. & Malnes, R., s. 146-165. Oslo, Gyldendal Akademiske.

Kristofersen, L. B. (2006) *Barnvern barnas helse: Uførhet og dødelighet i perioden 1990-2002*. Oslo, NIBR-rapport 2005:12.

Kristofersen, L. B. & Clausen, S.-E. (2008) *Barnevernsklienter i Norge 1990 - 2005. En longitudinell studie*. Oslo, NOVA Rapport 3/08.

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal.

Mittelmark, M. B. (1999) Health Promotion at the Community Level. Lessons from diverse Perspectives. I: *Health Promotion at the Community Level 2, New Advanta*, red.: Bracht, N., s. 3-27. Thousand Oaks, Sage Publications.

Mittelmark, M. B. & Hauge, H. A. (2003) Helsefremmende politikk for vurdering av helsekonsekvenser. Hvorfor lokalsamfunn og nærmiljø er de sentrale arenaene. I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?*, red.: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B., s. 39-51. Bergen, Fagbokforlaget.

Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. 2. utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Nesh (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo, De nasjonale forskningsetiske komiteer.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (2007) *Personvernombudet for forskning* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/> [lest 29.04.08]

Poland, B. D., Green, L. W. & Rootman, I. (2000) *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Thousand Oaks, Sage Publications, Inc.

Polany, M. F. D., Frank, J. W., Shannon, H. S., Sullivan, T. J. & Lavis, J. N. (2000) Promotion the Determinants of Good Health in the Workplace. I: *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*, red.: Poland, B. D., Green, L. W. & Rootman, I., s. 138-159. Thousand Oaks, Sage Publications, Inc.

Rambøll (2008) *Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet: Vurdering og videreutvikling av fagteam. Sluttrapport* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.bufetat.no/filestore/Bufetatno-dokument/FoU/Oversendtsluttrapport.pdf> [lest 01.06.08]

Riksrevisjonen (2008) *Riksrevisjonens virksomhetsanalyse av Bufetat*. Oslo, Riksrevisjonen.

Rønningen, G. E. (2003) Nærmiljø: Nostalgi - eller aktuell arena i forbyggende og helsefremmende arbeid? I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?*, red.: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B., s. 52-73. Bergen, Fagbokforlaget.

Skjervheim, H. (1996) *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo, Aschehoug.

Stang, I. (2003) Bemyndigelse: En innføring i begrepet og "empowerment-tenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?*, red.: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B., s. 141-161. Bergen, Fagbokforlaget.

Statistisk Sentralbyrå (2007) *Aktuell statistikk: Barn og unge* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/barnogunge/> [lest 24.11.07]

Sæbønes, A.-M. (2006) Helsen til barnevernsbarn krever samarbeid. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 9, 2006, s. 1296.

Sørensen, B. A. (2006) *Å forandre for å forstå - utkast til hefte i praktisk metode*. Oslo, Høgskolen i Vestfold.

Sørensen, M. & Graff-Iversen, S. (2001) Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 6, 2001, s. 720-724.

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Enger-Karlsen, T. & Nybø, A. (2002) "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, nr. 24, 2002, s. 2379-2383.

Tones, K. & Tilford, S. (2001) *Health promotion: effectiveness, efficiency, and equity*. Cheltenham, UK, Nelson Thornes.

Tranøy, B. S. & Østerud, Ø. (2001) En fragmentert stat? I: *Den fragmenterte staten*, red.: Tranøy, B. S. & Østerud, Ø., s. 9-37. Trondheim, Gyldendal Akademisk.

Ulvestad, J. (2003) Folkeopplysning som dialog - utopi eller mulighet? Om forholdet mellom opplysning og hjelp - makt og posisjon. I: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?*, red.: Hauge, H. A. & Mittelmark, M. B., s. 101-122. Bergen, Fagbokforlaget.

Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002) *Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo, Gyldendal akademisk.

World Health Organisation (1986) *Ottawa Charteret om helsefremmende arbeid* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [lest 29.05.08]

World Health Organisation (1988) *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy* [internett] Tilgjengelig fra: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf [lest 13.11.2007]

World Health Organisation (1991) *Sundsvall Statement om Supportive Environments for Health* [internett] Tilgjengelig fra: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf [lest 29.05.08]

World Health Organisation (1998) *Health Promotion Glossary* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/> [lest 29.05.08]

World Health Organisation (2000) *Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action* [internett] Tilgjengelig fra: <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/content/full/15/4/275> [lest 29.05.08]

Vedlegg 1: Informasjonsskriv m/ samtykkeerklæring

Åsgårdstrand xx.mars 2008

Til aktuelle informanter

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg studerer helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Vestfold og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Jeg er også ansatt i Bufetat, region sør og har derfor valgt å skrive en oppgave som har relevans for mitt arbeide. Temaet for oppgaven er andrelinjetjenestens rolle i helsefremmende arbeid, i etterkant av helse- og sosialreformene. Jeg ønsker å undersøke hvordan Bufetat gjennom fagteamene fungerer som en helsefremmende aktør i lokalsamfunnet. Fokuset mitt er først og fremst barnevernbarnas helse.

En del av svarene på forskningsspørsmålet mitt befinner seg i styringsdokumenter og forskningsrapporter. Dokumentstudier vil derfor utgjøre en viktig del av undersøkelsen min. Jeg vil også gjennomføre intervjuer med noen fagteamrådgivere, fagteamledere og ledere av tiltak.

Spørsmålene mine vil dreie seg om fagteamets dialog og samarbeid med andre aktører, og fokusere på deltakelse i lokalsamfunnet, nærmiljøperspektiv og faglig helhetsperspektiv. Jeg er ute etter kvalitativ dybde og positive erfaringer, og ønsker fortrinnsvis informanter fra opptaksområder hvor Bufetat har lykket med å bygge opp tett og systematisk kontakt med og god relasjon til de fleste kommunene og andre fag- og tjenesteutøvere på første- og andrelinjenivået.

Jeg er ikke ute etter ”fasitsvar”. Mitt ønske er at intervjuet skal fungere som en dialog der jeg får beskrivelser av dine opplevelser og oppfatninger, og kreative prosesser hvor du sammen med meg reflekterer deg frem til tanker og idéer omkring spørsmålene mine.

Jeg vil bruke lydopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta 1 – 1 ½ time.

Det er frivillig å delta og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data fra deg bli tatt ut av undersøkelsen og umiddelbart makulert. Alle innsamlede data vil bli behandlet

konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven. Det vil heller ikke fremkomme hvilke fagteam, tiltak eller regioner som har deltatt i undersøkelsen. Opplysningene fra intervjuene anonymiseres allerede før jeg tar fatt på dataanalysen, og lydopptakene slettes når oppgaven er ferdig og bestått.

Dersom du kan tenke deg å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen under og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 41 31 04 78, eller sende en e-post til lindaloy@online.no. Du kan også kontakte min veileder Hans Einar Hem ved Høgskolen i Vestfold, avdeling for samfunnsfag på telefonnummer 33 03 10 00.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Linda Løyning
Bakkeåsveien 13
3179 Åsgårdstrand

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av Bufetats rolle i helsefremmende arbeid og er villig til å delta i intervju.

Dato Signatur

Vedlegg 2: Intervju-guide fagteam

Helsefremmende politikk

Fagteamet som lokal aktør – er de det?

- Er fagteamet en aktør i lokalsamfunnet?
 - o Har de noen dialog med lokale kommunepolitikere? Om hva? Hvordan foregår det?
 - o Deltakere i lokaldemokratiske sammenhenger?
 - o Involvering i lokalt plan- og utredningsarbeid?
- Deltakelse i kommunens forebyggende arbeid?
 - o Konkrete eksempler på slik deltakelse?
 - o Hva mener fagteamet selv at de kan og/eller bør bidra med? Rolle og oppgave.

Forventningene – signaler og symbolverdi

- Hva er alle forventningene til fagteamet uttrykk for?
- Er forventningene de samme nå som ved Bufetats oppstart?

Hvilken symbolverdi har statens opprettelse av fagteamene hatt for samarbeidspartene:

- Kan Bufetat og fagteamet skape legitimitet for å HP-satsing, tro på at det nytter, anerkjennelse for slikt arbeid? For hvem?
- Hvilken symbolverdi kan det ha for øvrige aktører i barnevernet at fagteamene har fått *helhetstilnærming* og *tverrfaglig samarbeid* som en hovedoppgave?
- Hvilken symbolverdi har det for øvrige aktører i barnevernet at andrelinjetjenesten satser på tiltak i *nærmiljøet*?
- Hvordan forsterke evt positiv symboleffekt?

Settingsstrategi – Nærmiljøarbeid

- Fagteamet bruker, i følge Rambøll, uforholdsmessig mye tid på ikke-lovpålagte oppgaver. Hvorfor?

Bistand til kommunene: konsultasjon og plasseringer

- Beskrive fagteamets *konsultasjonsvirksomhet*? Hva gjør de? Fremgangsmåte? Hvem er involvert?
- Beskrive fagteamets arbeid med *plassering* av enkeltklienter. Hva gjør de? Fremgangsmåte? Hvem er involvert?
- Hvordan få dette til å bli likemannsarbeid, der hver enkelt deltaker opplever seg bemyndiget, som bidragsyttere til felles løsninger osv? Hvordan få til at de som "eier" problemet finner løsningene?

- Hva bør være *fagteamets* rolle i disse settingene?
- *Klientens og foresattes* rolle i settingene?
 - o Likeverdig deltakelse mulig? Hvordan? Hva kan klienten/foreldrene bidra med og til? Hva vil bli konsekvensene?
- *Tiltakenes* rolle i settingene?
 - o Aktuelt å gi dem innpass og likeverdig deltakelse? Hvordan få det til? Hva kan tiltakene bidra med og til?

Tiltak i familie og nærmiljøet – rundt ungdommen

(Tiltak i nærmiljøet omfatter her nærmiljøtiltak + hjemmebaserte tiltak + fosterhjem)

- Hva er fagteamets oppdrag?
- Hva gjør fagteamet for å få til nærmiljøtiltak?
- Hvem deltar i planlegging og tilrettelegging for nærmiljøtiltak?
- Hvem deltar i nærmiljøtiltaket? Hva er fagteamets rolle/oppgave i nærmiljøtiltaket?
- Hva er behandlingseenhetenes rolle?
- Hvordan kan fagteamet være med å bygge opp helsefremmende settinger rundt klienter?
- Hvordan kan fagteamet påvirke prosessene som foregår i settingene, for å gjøre den helsefremmende?
- Hvordan få dette til å bli likemannsarbeid, der alle deltakerne opplever seg bemyndiget, som bidragsyttere til felles løsninger, kompetanseutveksling og kapasitetsbygging etc?

Helhet - Settinger for tverrfaglig og tverretatlige samarbeid (Avgrensninger til samarbeid med BUP)

- Hvilke møtepunkter har fagteamet med BUP og evt andre?
- Hva er hensikten med fagteamets møter med BUPA – hvorfor møtes de?
- Hvem er involvert?
- Hva er fagteamets rolle i de tverretatlige settingene?
- Har det noen betydning at fagteamene faktisk er gitt en tilrettelegger- og pådriverrolle som samarbeidspartene ikke har noen formell forpliktelse til å akseptere?
- Hvordan få dette til å bli likemannsarbeid, der alle deltakerne opplever seg bemyndiget, som bidragsyttere til felles løsninger? (Eliminering av maktkampene.)

- Klienten og foresattes rolle i settingen?
 - o Likeverdig deltakelse mulig? Hvordan? Hva vil bli konsekvensen, hva kan klienten/foreldrene bidra med og til?
- Tiltakenes rolle i settingen?
 - o Likeverdig deltakelse? Hvordan? Hva kan tiltakene bidra med og til? Hva vil bli konsekvensene av deres deltakelse?
- Hvordan kan fagteamet tilrettelegge for at de som "eier" problemet finner løsningene? (Klient, kommune, tiltak, andre?)

Fagteamets forhold til tiltakene

- Hvilke møteplasser og samhandling eksisterer mellom tiltaket og fagteamet?
 - o Hva er temaene, agendaene for møter og samhandling?
 - o Hvilke andre deltakere? Er det andre som kunne/ burde ha vært der?
- Hva har tiltakene å bidra med i samarbeidet rundt vurdering og plassering av klientene?
- Hva ville evt være positive effekter av slikt samarbeid? Hva ville evt være negative effekter slikt samarbeid?

Fagteamets kommunikator-rolle: Forholdet til regionledelsen

- Hva er det fagteamet formidler til regionledelsen, og evt videre oppover i organisasjonen? (I tillegg til den obligatoriske rapporteringen)
- Hva savner de å få formidlet til regionledelsen og oppover (jfr Rambøll)? Konkretisere.
- Hva ville eventuelt vært annerledes hvis de opplevde at dette fungerte bedre?
- Hvordan hadde de ønsket seg slik kommunikasjon? Hvordan kunne man fått det til å fungere bedre?
 - o Hvordan skape arena for dialog?
 - o Finnes det noen eksisterende arenaer lokalt hvor regionledelsen kunne deltatt?

Delegerte dilemmaer

Rambølls funn:

- a. Uklarheter omkring hva som egentlig er fagteamets rolle og oppgaver, både hos fagteamet selv og hos samarbeidspartene.
 - b. Fagteamet har motstridende roller
 - i. tilrettelegger, fasilitator, nettverks- og relasjonsbygger
 - ii. myndighetsutøver og kontrollør
 - c. Fagteamet har for lite frihet til selv å legge opp sitt arbeide - Rigide rammer og krav (systemfokus, lite rom for individuell tilpasning og pragmatisme)
- Kjenner fagteamet seg igjen i disse beskrivelsene?
 - Hvordan velger evt fagteamet å håndtere disse dilemmaene? Eksempler.

Økonomifokuset:

Dilemmaet fag – økonomi/ velferdsproduksjon - kostnadseffektivitet

- Er dette er dilemma som fagteamet kjenner seg igjen i?
- Hvordan beskriver fagteamet dette dilemmaet? Eksempler.
- Påvirkes fagteamets rolle i samarbeid med kommunene, tiltakene og BUP av dilemmaet fag – kostnadseffektivitet?
- Hvordan løser fagteamet dilemmaet? Eksempler.
- Hvordan ville det fungert hvis fagteammedarbeiderne ikke hadde økonomiansvaret?
- ...eller delte økonomiansvaret med noen som *ikke har* barnevernfaglig ansvar? Hvem?
- ...eller delte økonomiansvaret med noen som *har* barnevernfaglig ansvar? Hvem?

Praktiske konsekvenser av settingsjobbing

- Mulig å gjennomføre rent praktisk?
 - o Hvordan?
- Gevinst vs problemer?

"Privatisering", jfr Rambølls funn (vs settingsteori)

- Er "privatisering" av samarbeidsrelasjoner bare negativt? Hvilke positive sider finnes?
- Hva ville bli konsekvensene dersom "privatisering" i større grad ble akseptert, og kanskje også oppmuntret?

Helsefremmende å jobbe i fagteam?

Motivasjon/ bidrag-belønning

- Hva har fagteammedarbeiderne igjen for jobben i fagteamet? Hva er det som gjør at de fortsetter å arbeide i fagteam?
- Hva er årsaken til at noen velger å slutte? Hva finner de mer attraktivt i andre jobber? Hva er eventuelt "galt" i fagteam-jobben?
- Kan motivasjonsfaktorene forsterkes?
- Kan fagteammedarbeidernes motivasjonsfaktorer overføres til lokale samarbeidsparter?

Avslutning

- Er det avslutningsvis noe du vil trekke frem
 - o i forhold til temaene som er berørt?
 - o i hht Bufetats som fremmer av barnevernbarnas helse?

Vedlegg 3: Intervju-guide tiltak

Helsefremmende politikk

Bufetat som lokal aktør – er de det?

- Er fagteam og tiltak aktører i lokalsamfunnet? Beskriv.
 - o Har de noen dialog med lokale kommunepolitikere? Om hva? Hvordan foregår det?
 - o Deltakere i lokaldemokratiske sammenhenger?
 - o Involvering i lokalt plan- og utredningsarbeid?

- Deltakelse i kommunenes forebyggende arbeid?
 - o Konkrete eksempler på slik deltakelse?
 - o Hva mener tiltaket selv at de evt kan og/eller bør bidra med? Rolle og oppgave.

Forventningene - symbolverdi

Hva ønsker tiltaket seg fra fagteamet?

- o Hvilke forventninger hadde de da reformen trådte i kraft?
- o Hva er forventningene i 2008?

- Hvilke resultater ser tiltakene av fagteamenes helsefremmende arbeid? Effekter for tiltaket og klientene.

- Hvilken symbolverdi har statens opprettelse av fagteamene hatt for samarbeidspartene:
 - Kan Bufetat og fagteamet skape legitimitet for HP-satsing, tro på at det nytter, anerkjennelse for slikt arbeid? For hvem?

 - Hvilken symbolverdi har det for øvrige aktører i barnevernet at andrelinjetjenesten satser på tiltak i *nærmiljøet*?

 - Hvilken symbolverdi kan det ha for øvrige aktører i barnevernet at fagteamene har fått *helhetstilnærming* og *tverrfaglig samarbeid* som en hovedoppgave?

 - Hvordan stimulere/ forsterke evt positiv symboleffekt?

Tiltakets forhold til fagteamet

- Hvilke møteplasser og samhandling eksiterer mellom tiltaket og fagteamet?
 - o Hva er temaene, agendaene for møter og samhandling?
 - o Hvilke andre deltakere? Er det andre som kunne/ burde ha vært der?

- Hvordan vurdere tiltaket verdien av møtene, dialogen og samhandlingen?

- Hva savner tiltaket i møtet med fagteamet?

- Hvilke interesser har fagteamet og tiltaket felles?
- Finnes det noen motstridende interesser mellom tiltak og fagteam?

- Er det korrekt, slik Rambøll antyder, at det eksiterer et spenningsforhold mellom fagteam og tiltak?
 - o Hva dreier det seg om? Årsaker?

- Hvordan kan spenningene/ maktkampene reduseres/ elimineres?
- Hvordan ser tiltaket på Bufetats satsing på og styrking av fagteamene?
(Nye oppgaver, kompetansestyrking, nye stillinger med mer.)

Eksterne samarbeidsparter

- Hvilke møteplasser for dialog og samhandling har tiltaket med kommunene?
 - o Tema/ agenda?
 - o Hvem andre deltar?
- Hvilke møteplasser for dialog og samhandling har tiltaket med BUPA?
 - o Tema/ agenda?
 - o Hvem andre deltar?
- Deltar fagteamene i disse møtene? Rolle?

Settingsstrategi – Nærmiljøarbeid

Tiltak i familie og nærmiljøet – rundt ungdommen

(Tiltak i nærmiljøet omfatter her nærmiljøtiltak + hjemmebaserte tiltak + fosterhjem)

- Hvem deltar i planlegging og tilrettelegging for nærmiljøtiltak?
- Hvilken rolle har tiltaket i denne planleggingen og tilretteleggingen? Hvilken rolle ønsker tiltaket seg?
- Hva kan tiltaket bidra med i planlegging og tilrettelegging for nærmiljøtiltak?
- Hva burde være fagteamets rolle i dette arbeidet? Er dagens oppgavefordeling hensiktsmessig? Burde noe vært endret?
- Hvem deltar i nærmiljøtiltaket?
 - o Hva er fagteamets rolle/oppgave i nærmiljøtiltaket?
 - o Hva er behandlingseenhetenes rolle?
- Hva kan tiltaket bidra med i settingene for å gjøre den helsefremmende
- Hvordan få dette til å bli likemannsarbeid, der alle deltakerne opplever seg bemyndiget, som bidragsyttere til felles løsninger, kompetanseutveksling og kapasitetsbygging etc?

Bistand til kommunene: konsultasjon og plasseringer

- Hvilken rolle har tiltakene i fagteamenes *konsultasjonsvirksomhet* overfor kommunene?
- Hva kan tiltakene bidra med?
- Hvem bør ideelt delta i en slik setting?

- Hvilken rolle har tiltakene i fagteamenes og kommunenes samarbeid/ dialog om *plassering*?
- Hva kan tiltakene bidra med? Hvilken rolle ønsker de seg?
- Hvem bør ideelt delta i dette samarbeidet?

- Hvordan få dette til å bli likemannsarbeid, der hver enkelt deltaker opplever seg bemyndiget, som bidragsytere til felles løsninger?
- *Klientens og foresattes* rolle i settingen?
 - o Likeverdig deltakelse mulig? Hvordan? Hva kan klienten/foreldrene bidra med og til? Hva vil bli konsekvensen
- Hvordan kan fagteamet tilrettelegge for at de som "eier" problemet finner løsningene? (Klient, kommune, tiltak, andre?)

Økonomifokuset

Dilemmaet fag – økonomi/ velferdsproduksjon – kostnadseffektivitet:

- Er dette en problemstilling for tiltaket? Hvordan? Konkrete eksempler.
- Hvordan løser tiltaket eventuelle dilemmaer?
- Påvirkes forholdet mellom tiltaket og fagteamet av problemstillinger og dilemmaer rundt økonomi og effektivitet? På hvilken måte?
-
- Påvirkes tiltakets forhold til andre samarbeidsparter, internt eller eksternt av økonomiproblematikk?
- Påvirkes forholdet mellom fagteamet og andre samarbeidsparter enn tiltaket av problemstillinger og dilemmaer rundt økonomi og effektivitet? På hvilken måte?
- Hvordan ville det fungert hvis fagteammedarbeiderne ikke hadde økonomiansvaret?
- Ville tiltakene gjennom deltakelse i plasseringssaker kunne dele økonomiansvaret med fagteamet og derved gjøre det mer håndterlig? Hvordan?

Settinger for tverrfaglige/-etatlige samarbeid (Avgrensninger til samarbeid med BUP)

- Hvilken rolle har tiltakene i samarbeidet mellom Bufetat, BUP og kommunene?
- Hva kan tiltakene bidra med?

- Hvem bør ideelt delta i en slik setting?

- Hvordan få dette til å bli likemannsarbeid, der alle deltakerne opplever seg bemyndiget, som bidragsytere til felles løsninger?

- *Klienten og foresattes rolle i settingen?*
 - o Likeverdig deltakelse mulig? Hvordan? Hva vil bli konsekvensen, hva kan klienten/foreldrene bidra med og til?

- Hvordan kan fagteamet tilrettelegge for at de som "eier" problemet finner løsningene? (Klient, kommune, tiltak, andre?)

Praktiske konsekvenser av settingsjobbing

- Mulig å gjennomføre rent praktisk?
 - o Hvordan?

- Gevinst vs problemer?

"Privatisering", jfr Rambølls funn – vs settingsteori

- Er "privatisering" av samarbeidsrelasjoner bare negativt? De stedene hvor dette eksisterer, har man tydeligvis gode relasjoner og settinger for samarbeid, eller...? Hvilke positive sider finnes?

- Hva ville bli konsekvensene dersom "privatisering" i større grad ble akseptert, og kanskje også oppmuntret?

Helsefremmende å jobbe i tiltak?

Motivasjon/ bidrag-belønning

- Hva har ansatte i tiltaket igjen for jobben i tiltaket? Hva er det som gjør at de fortsetter å arbeide der?

- Kan dette forsterkes?

Avslutning

- Er det avslutningsvis noe tiltaket vil trekke frem
 - o i forhold til temaene som er berørt
 - o i fht Bufetats som fremmer av barnevernbarnas helse?

Vedlegg 4: NSD's godkjenning av prosjektet