



# Ny profesjonell praksis på oppvekstfeltet?

## Evaluering av Tigris og Barn i rusfamilier

Karin Gustavsén, Geir Møller, Ingvild Vardheim

TF-rapport nr. 318

2013

**Tittel:** Ny profesjonell praksis på oppvekstfeltet?  
**Undertittel:** Evaluering av Tigris og Barn og rusfamilier  
**TF-rapport nr:** 318  
**Forfatter(e):** Karin Gustavsen, Geir Møller, Ingvild Vardheim  
**Dato:** 28062013  
**ISBN:** 978-82-7401-627-9  
**ISSN:** 1501-9918  
**Pris:** 270 kr (Kan lastes ned gratis fra [www.telemarksforskning.no](http://www.telemarksforskning.no))  
**Framsidedfoto:** Shutterstock.com  
**Prosjekt:** Evaluering av to innsatser i regi av Kompetansenter rus - region sør  
**Prosjektnr.:** 20111080  
**Prosjektleder:** Karin Gustavsen, KG Rådgivning  
**Oppdragsgiver(e):** Kompetansenter rus - region sør (KoRus-Sør), Borgestadklinikken.

**Spørsmål om denne rapporten kan rettes til:**

Telemarksforskning, Postboks 4, 3833 Bø i Telemark

Tlf: +47 35 06 15 00

Kontakt prosjektleder via [www.telemarksforskning.no](http://www.telemarksforskning.no)

**Resymé:**

Evalueringen av Tigris og Barn i rusfamilier viser en gjennomgående tilfredshet med nivået på kunnskapsformidlingen, opplæringsprogrammene, materiellet og oppfølgingen fra KoRus-Sør. Vi viser også at kunnskapen er hevet blant kursdeltagere på områder kursprogrammene tar for seg. I begge prosjektene er det først og fremst omsetning av kunnskap til handling som ser ut til å være det sårbare området. Vi har vist at det ikke er tilstrekkelig med høy kunnskap på et område, det er også nødvendig at det er tydelige strukturer for hvordan praksis skal utøves. Derne har vi, i et felleskapittel, løftet blikket og pekt på muligheter og utfordringer for de to prosjektene vi har evaluert, og for tilsvarende satsinger. Vi utviser her en mild utålmodighet rett og slett fordi vi anser at denne evalueringen i seg selv ikke har frembrakt overraskende og ny innsikt innen feltet vi har studert. Tvert om har den stadfestet til dels meget omfattende kunnskap på området. Nettopp av den grunn anser vi at tiden er overmoden for å ta i bruk denne kunnskapen på mange nivåer, slik vi redegjør for i felleskapittelet, kapittel 6. Her tar vi til orde for en oppmyking av profesjons- og virksomhetsgrenser og et styrket fokus på fellesskapsløsninger. KoRus-Sør kan utgjøre en ytterligere forskjell om de bidrar til å bringe nettopp denne nye innsikten videre, både horisontalt og vertikalt og på så vel strategiske som operative nivåer.



**Karin Gustavsen** er utdannet sosionom og sosiolog og har mangeårig erfaring fra offentlig forvaltning på kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå knyttet til arbeid med utsatte grupper. Karin har vært ansatt ved Telemarksforskning siden 2008, men har pt. permisjon for å drive eget konsultentselskap og er leid inn derfra for å være prosjektleder for dette prosjektet. I sin forskning er det fattigdom, levekår, sosiale ulikheter i oppvekst, organisering av tjenester for utsatte brukergrupper og brukermedvirkning i organisering av offentlige tjenester og i praksisutøvelse som er sentrale områder. Hun er en mye benyttet foredragsholder og medvirker også til igangsettelse av ulike utviklingsprosesser innen velferds- og oppvekstområdet.



**Geir Møller** er utdannet statsviter (Cand.polit.) fra Universitet i Bergen. Møller har vært ansatt som forsker ved Telemarksforskning siden 1998. Han arbeider i hovedsak med velferdspolitik, herunder arbeidsmarkedspolitik, barnevern, pleie- og omsorg. Møller har både ledet og bidratt i flere nasjonale evalueringer av større forvaltningsreformer.



**Ingvild Vardheim** er utdannet statsviter fra Universitetet i Bergen, med en mastergrad i sammenlignede politikk fra 2007. Hun har jobbet som forsker ved Telemarksforskning siden 2010. Vardheim har bidratt på flere forskningsprosjekter innen pleie- og omsorg, barnevern, arbeidsmarkedspolitik og oppfølging av utsatte barn og unge. Vardheim har også gjennomført analyser for flere kommuner med tanke på organisering og dimensjonering av pleie- og omsorgstjenesten.

# Forord

Kompetansesenter rus - region sør (KoRus-Sør) er ett av syv kompetansesentre på rusfeltet som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Programmene Tigris og Barn i rusfamilier, som vi har evaluert, er to av en rekke innsatser som KoRus-Sør utvikler og forvalter. Vi er svært glad for at vi fikk mulighet til å gjennomføre en evaluering innen et samfunnsområde som både er meget viktig og interessant. Rusmiddelbruk som rammer barn i og utenfor mors liv, er ett av vårt samfunns aller viktigste oppgaver å bekjempe.

I underkant av 2 år har vi samarbeidet med KoRus-Sør om evalueringen, et samarbeid som har vært innholdsrikt, utbytterikt, åpent og delende. Vi vil takke våre tre kjernekontakter, leder av KoRus-Sør, Rikke Syvertsen Raknes, prosjektleder for Tigris, Titti Huseby og prosjektleder for Barn i rusfamilier, Hilde Jeanette Løberg, for utmerket samarbeid om oppdraget. Dere representerer en faglig ressurs som vi har hatt betydelig nytte av. I tillegg er dere spennende å samarbeide med, noe som også har virket forløsende og gitt oss mot til å tenke langt fremover.

Vi vil også rette en stor takk til casekommunene som delte sine erfaringer og kunnskap, og følgekommunene for at dere lot oss være med dere i en spennende prosess. En takk også til alle dere som svarte på spørreundersøkelsen. Samlet har vi fått et omfattende datamateriale som forskningen på dette område fortjener.

Vi er tre forskere tilknyttet Telemarksforskning som står ansvarlig for forskningsarbeidet. Dette er innleid prosjektleder Karin Gustavsen, som har hatt et overordnet ansvar for arbeidet, herunder rapportarbeidet. Hun har også vært hovedansvarlig for evalueringen av Barn i rusfamilier. Så er det Geir Møller, som har hatt hovedansvar for evalueringen av Tigris og for den tekniske del av spørreundersøkelsen. Dernest er det Ingvild Vardheim som har bistått i spørreundersøkelsen og gjennomført rå-analysen av materialet og medvirket i presentasjonen av spørredataene.

Vi håper, og tror, at kunnskapen vi har utvunnet i felleskap med dere, både har nytteverdi for den enkelte kommune, for KoRus-Sør og for regionale og sentrale myndigheter. Vi tror også at rapporten vil være av interesse for utdanningsinstitusjoner innen dette fagfeltet.

Bø, 13.08.2013

Karin Gustavsen

Prosjektleder for Telemarksforskning

# Innhold

Sammendrag .....	8
<b>1. Innledning.....</b>	<b>11</b>
1.1 Bakgrunnen for evalueringen.....	11
1.2 Problemstillinger - Tigris .....	12
1.3 Problemstillinger – Barn i rusfamilier .....	13
1.4 Data og metode .....	14
<b>2. Om programmene.....</b>	<b>16</b>
2.1 Om Tigris .....	16
2.1.1 Målsettinger og målgrupper .....	16
2.1.2 Programmets innhold .....	17
2.1.3 Deltakende kommuner og tjenester .....	19
2.1.4 Tjenestenes oppgaver og ansvar .....	20
2.2 Om Barn i rusfamilier.....	21
2.2.1 Målsettinger og målgrupper .....	21
2.2.2 Oversikt over kommuner som har deltatt i evalueringsperioden 2010- 2012 .	22
2.2.3 Programmets innhold .....	22
2.2.4 Forpliktelser for deltakerkommunene.....	23
<b>3. Analytiske perspektiver .....</b>	<b>25</b>
<b>4. Tigris .....</b>	<b>28</b>
4.1 Data og metode i Tigris .....	28
4.2 Kunnskapsbasene .....	30
4.2.1 Kurssamlingene .....	30
4.2.2 Handlingsveilederen .....	31
4.2.3 Ressursgruppene.....	32
4.2.4 Veiledning av kommunene .....	35
4.2.5 Oppsummering.....	37
4.3 Kunnskapens relevans.....	37

4.3.1	Hvilken kompetanse er relevant for hvem? .....	38
4.3.2	Hva slags kompetanse skal jordmor og helsestasjonen ha?.....	39
4.3.3	Målgruppene for det kommunale rusarbeidet .....	40
4.3.4	Oppsummering.....	41
4.4	Kunnskap og implementering av kompetanse.....	42
4.4.1	Innledning .....	42
4.4.2	Har tjenestene kunnskap og kompetanse på rus? .....	42
4.4.3	Implementering av kunnskap .....	46
4.4.4	Er det utarbeidet interne rutiner vedrørende håndtering av rus? .....	63
4.4.5	Har Tigris bidratt til økt kunnskap og kompetanse? .....	64
4.4.6	Har Tigris bidratt til å spre kompetansen ut kommunene?.....	67
4.4.7	Oppsummering.....	67
4.5	Samarbeid mellom tjenestene.....	69
4.5.1	Innledning .....	69
4.5.2	Hvem skal samarbeide med hvem?.....	69
4.5.3	Kjennskap til hverandre? .....	70
4.5.4	Har kommunene aktive samarbeidsrutiner.....	73
4.5.5	Hvordan fungerer samarbeidsrutinene? .....	74
4.5.6	Hvordan opplever tjenestene samarbeidsrelasjonene .....	76
4.5.7	Hva fungerer bra og hva fungerer ikke bra? .....	78
4.5.8	Samarbeidet med fastlegene.....	79
4.5.9	Effekten av Tigris .....	80
4.5.10	Samarbeidsrelasjoner i teori og praksis.....	82
4.5.11	Oppsummering.....	86
4.6	Videreføring etter gjennomføring av Tigris.....	87
4.7	Oppsummering og konklusjon .....	90
4.8	Tigris - anbefalinger.....	92
<b>5.</b>	<b>Barn i rusfamilier .....</b>	<b>94</b>
5.1	Praktisk gjennomføring av Barn i rusfamilier .....	94

5.1.1	Oppfølging mot kommunene fra KoRus-Sør .....	95
5.2	Tjenestenes oppgaver og ansvar .....	96
5.2.1	Barneverntjenesten .....	96
5.2.2	Helsestasjonsvirksomheten .....	97
5.2.3	Pedagogisk-Psykologisk tjeneste (PPT) .....	97
5.2.4	Barnehager .....	97
5.2.5	Grunnskolen .....	98
5.3	Forskningsmetode og data .....	98
5.3.1	Kvantitative data .....	99
5.3.2	Kvalitative data .....	100
5.4	Kunnskap og kompetanse .....	101
5.4.1	Eksplisitt kunnskap .....	101
5.4.2	Implisitt kunnskap .....	112
5.5	Organisering, samarbeid og samhandling .....	116
5.5.1	Interne rutiner og prosedyrer .....	116
5.5.2	Har nye rutiner for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid om barn som bekymrer blitt utviklet? .....	123
5.5.3	Kortfattet sammenfatning .....	131
5.6	Gjennomføringen .....	131
5.6.1	Seminarene .....	131
5.6.2	Ressursgruppen som implementeringsverktøy .....	133
5.6.3	Kortfattet sammenfatning .....	136
5.7	Oppsummering og betraktninger .....	136
5.7.1	Finner vi spredning og i så fall hvordan arter den seg? .....	136
5.7.2	Fra kurs til samarbeid: Virker det? .....	137
5.7.3	Og hva med implementeringen og videre oppfølging – varer det? .....	137
5.7.4	Tid .....	138
5.8	Oppsummerende refleksjon: Barn i rusfamilier – et laboratorium for ny profesjonell og organisatorisk praksis? .....	138

5.9	Barn i rusfamilier – Anbefalinger .....	140
5.9.1	Programmets målgruppe .....	141
5.9.2	Forankring i kommunene .....	141
5.9.3	Ressursgruppene sammensetting og rolle .....	142
5.9.4	Videreføring .....	142
<b>6.</b>	<b>Hvilken betydning kan og bør denne kunnskapen få?.....</b>	<b>144</b>
6.1	Utfordringer og virksomme veier .....	144
6.1.1	Erkjennelse som faktor for handling.....	144
6.1.2	Ta i bruk det faktiske handlingsrommet.....	144
6.1.3	En mykere profesjonslinje .....	145
6.1.4	Tøyelig virksomhetsgrenser .....	146
6.1.5	Samtidighet - Hurtighet .....	147
6.1.6	Dokumenter, dokumenter, dokumenter .....	147
6.1.7	Brukermedvirkning.....	148
6.1.8	Avrundning .....	150
	<b>Referanser .....</b>	<b>151</b>

# Sammendrag

Denne rapporten er en gjennomgang av sentrale funn i evalueringen av prosjektene Tigris og Barn i rusfamilier (BIR).

*Tigris* er et kompetanse- og utviklingsprogram rettet inn mot å heve kompetansen hos aktuelt fagpersonell med tanke på å hindre bruk av rusmidler under graviditeten og hindre belastende rusbruk i spebarn- og småbarnsperioden. Programmet legger vekt på tidlig identifikasjon og intervensjon med tanke på å hindre belastninger og skade på foster og barn som følge av rusmiddelbruk hos foreldrene. Kjernemålgruppene for programmet er helsetjenesten, herunder jordmødre, helseøstre og leger. Dernest er sosialtjenester i og utenfor NAV, herunder rusteam og andre fagpersoner med ansvar for det kommunale rusarbeidet, og barneverntjenesten i målgruppen.

*Barn i rusfamilier* er et kompetanse- og utviklingsprogram rettet inn mot tidlig oppvekstfelt der kjernemålgruppen er fagutøvere som arbeider med barn. Dette er primært barnehage, helsestasjonen, barnverntjenesten, PPT og skole. I tillegg er SFO og kommunal rustjeneste en del av målgruppen.

Tematisk omkranser evalueringen følgende to hovedtemaer: Kompetanse og samarbeid/samhandling, herunder samarbeidsprosedyrer og rutiner internt i den enkelte virksomhet og mellom virksomheter. Det overordnede formålet med evalueringen er å undersøke prosjektenes måloppnåelse innenfor de fagområdene og tjenester som prosjektet retter seg mot. Dernest er det to sentrale mål med prosjektene. Den ene er målet om å heve kompetansen blant ansatte som deltar på opplæringsdagene. Det andre målet er å spre og implementere kunnskapen i de ulike avdelingene i kommunen ved hjelp av spredningsmateriell og utvikling av interne rutiner/prosedyrer og samarbeidsstrukturer på tvers av virksomhetsgrenser. Det er en ressursgruppe i hver deltagerkommune som har ansvaret for dette. Videre ser vi også på praktisk tilrettelegging. I evalueringsmandatet ligger det også mål om å komme med innspill til hva som kan være viktige endringer, justeringer eller nyutvikling knyttet til KoRus-Sør sin ledelse og organisering av prosjektene.

Vårt datamateriale består av både kvalitative og kvantitative data. Metodetriangulering innebærer at bestemte fenomener studeres fra ulike synsvinkler og synspunkter, og at problemstillingen belyses ved hjelp av forskjellige metoder. Metodetriangulering vil kunne være mer utfordrende å gjennomføre enn andre «renere» metoder, men til gjengjeld er metodetriangulering et godt redskap til å studere flere og ulike sider ved et fenomen. Dette kan være med på å bidra til en mer ydmyk holdning i forhold til fenomenenes kompleksitet. I innsamling av kvantitative data, har vi benyttet spørreskjema. I innsamling av kvalitative data, har vi benyttet metodene personlige intervjuer og fokusgruppeintervjuer. I Tigris er det primært lagt vekt på innsamling av data gjennom personlige intervjuer og i Barn i rusfamilier er hovedtyngden lagt på bruk av fokusgruppeintervju. I begge evalueringene har vi også samlet inn prosessdata gjennom følgeforskning.

Vår samlede vurdering er at kunnskapen blant kursdeltagere i begge prosjektene har økt som følge av kursdeltagelse. Vi ser at spesifikk kunnskapssatsing innen definerte områder medfører opplevd kunnskapsheving i betydelig grad. Dette gjelder alle kursdeltagere, men vi ser at barnverntjenesten ikke i samme grad rapporterer om nytteverdi knyttet til kunnskap, hvilket ikke er overraskende tatt i betraktning denne tjenestens oppgave og mandat. Vi finner også en betydelig tilfredshet med KoRus-Sørs prosjektledelse og gjennomføring i begge prosjektene. Det er noe ulik form på prosjektledelsen fra KoRus-Sørs side i de to prosjektene, men den synes uansett å være godt tilpasset målgruppen. I begge prosjektene er det nedsatt tverrfaglige ressursgrupper på kommunenivå, som



KoRus-Sørs prosjektledelse opererer mot. Det ser ut til å fungere godt. Når det gjelder kompetanse, ser vi også her en opplevd økning av kompetanse innen det respektive området i begge prosjektene. Materialet viser at det både er en høyere grad av opplevd trygghet i yrkesrollen som forklares med økning av kunnskap, samt bruk av konkrete verktøy og veiledere som KoRus-Sør tilbyr. Vi ser også at dette materiellet først og fremst anvendes av fagansatte som har deltatt på kurs. Nettopp dette er et viktig poeng. Det kan se ut til at begge prosjektene har en utfordring knyttet til spredning, herunder å gå fra ord til handling i hele organisasjonen. Våre data viser at det er en utfordring å få til et smidig og fleksibelt samarbeid, som ikke alene er basert på relasjoner mellom enkeltaktører, men på formelle rutiner og prosedyrer. Vi ser også gode eksempler på samarbeid, og disse bør løftes frem som eksempler på virksomme veier i arbeidet videre. Men gjennomgående er det en utfordring i begge prosjektene å få til en virksom implementering og varige strukturer som sikrer forutsigbarhet, handlekraft og bruk av kunnskapen som er tilegnet. I begge prosjektene er det særlig omsetning av kunnskap til handling som ser ut til å være det sårbare området. Vi har vist at det ikke er tilstrekkelig med høy kunnskap på et område, det er også nødvendig at det er tydelige strukturer for hvordan praksis skal utøves.

I kapittel seks løfter vi blikket og peker på muligheter og utfordringer for prosjektene vi har evaluert, og for tilsvarende satsinger. Vi signaliserer her en mild utålmodighet rett og slett fordi vi anser at denne evalueringen i seg selv ikke har frembrakt overraskende og ny innsikt innen feltet vi har studert. Tvert om har den stadfestet den meget omfattende kunnskap på området. Nettopp av den grunn anser vi at tiden er overmoden for å ta i bruk denne kunnskapen på mange nivåer. Vi tar til orde for en mykere profesjonslinje, tøyelige virksomhetsgrenser, fokus på samtidighet og hurtighet, på betydningen av løpende overvåking av området og, ikke minst, på kraften i brukermedvirkning. Vi anser også at KoRus-Sør kan utgjøre en ytterligere forskjell om de bidrar til å bringe nettopp denne nye innsikten videre, både horisontalt og vertikalt på så vel strategiske som operative nivåer.



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunnen for evalueringen

---

Kompetansesenter rus - region sør (KoRus-Sør) er ett av syv kompetansesentre på rusfeltet som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Hovedansvaret er å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse og iverksette og implementere statlige føringer på rusområdet. KoRus-Sør sin primære rolle er å styrke praksisfeltet ved å utvikle forståelse, formidle og implementere forsknings- og/eller kunnskapsbaserte strategier til de 83 kommunene i region sør: Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. I tillegg skal de bidra overfor spesialisthelsetjenesten i helseregion Sør-Øst.

Kompetansesentrene skal ha fokus på behov i kommunene og på bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Planlegging og gjennomføring av kompetanseutviklingstiltak skal skje i samarbeid med fylkesmannsembetene og de regionale helseforetakene. De regionale kompetansesentrene rus skal bidra til å oppfylle nasjonale mål på relevante områder.

KoRus-Sør er tilknyttet Borgestadklinikken Blå Kors Sør. KoRus-Sør har spisskompetanse på gravide rusmiddelmissbrukere og familier med små barn. KoRus-Sør, Borgestadklinikken har jobbet fram en visjon og et strategidokument for årene 2013-2017, der visjonen er: *KoRus-Sør, en bro mellom kunnskap og praksis.*



Figur 1.1 Strategidokument KoRus-Sør, Borgestadklinikken

Kompetansesenter rus - region sør sitt arbeid er forankret i Borgestadklinikken sin virksomhetside som er: «Å være et anerkjent behandlings- og kompetansesenter for rus- og avhengighetsrelaterte problemer i et familie- og generasjonsperspektiv.» I strategiplanen for perioden 2013-2017 heter det blant annet at KoRus-Sør skal

- Sørge for at familie- og generasjonsperspektivet ivaretas i alle sammenhenger
- Være et verdsett og etterspurt kompetansesenter for tjenestene
- Være en synlig og modig aktør i den offentlige debatt
- Være en pådriver for samarbeid på tvers av faggrupper og kompetansemiljøer
- Bidra til vedvarende kompetanse av høy kvalitet

I det faglige arbeidet står familie- og generasjonsperspektiv sentralt, noe som blant annet innebærer at det både fokuseres på den som har et rusmiddelproblem og på hvilke konsekvenser problematisk rusmiddelbruk medfører i et familiært, sosialt, og samfunnsmessig perspektiv. Innsatsene Tigris og Barn i rusfamilier inngår i KoRus-Sør sitt spesialområde.

Helsedirektoratets Veileder om tidlig intervensjon (2009) er en del av en langsiktig nasjonal satsing på området. Tidlig intervensjon på rusfeltet handler om å forhindre utvikling av avhengighet av alkohol eller ulike narkotiske stoffer, og forhindre negative konsekvenser av slik bruk. Tidlig intervensjon er arbeidet med å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats. Det innebærer at man tidlig skal fange opp mulig problemutvikling hos barn og unge, voksne og eldre. Intervensjon på rusområdet retter seg mot den som bruker rusmidler; barn av, og pårørende til den som overbruker rusmidler og personer med et problematisk rusmiddelbruk. For å kunne intervensjon tidlig i forhold til et rusrelatert problem, er tidlig identifikasjon en forutsetning. I denne sammenheng er kunnskap om beskyttelse, risikofaktorer og symptomer viktig. Veilederen og anbefalingene som er gitt, er basert på dokumentert kunnskap, og målet er å endre praksis og øke bruken av effektive metoder.

Hensikten med denne rapporten er å evaluere innsatsene Tigris og Barn i rusfamilier (BIR) som begge er satsingen innen tidlig intervensjonsområdet. Tigris og BIR er utviklet ved KoRus-Sør. Det overordnede formålet med evalueringen er å undersøke måloppnåelse innenfor de fagområdene og tjenester som innsatsene retter seg mot. Herunder ligger det også i mandatet at evalueringen skal komme med innspill til hva som kan være viktige endringer, justeringer eller nyutvikling knyttet til KoRus-Sørs ledelse og organisering av prosjektene.

Tematisk vil evalueringen omkranses følgende tre hovedtema: Kompetanse; samhandling og samarbeid; organisering og praktisk tilrettelegging. Vi berører også et sett med andre problemstillinger som vi gjør rede for underveis.

I det videre presenterer vi først problemstillinger for evalueringen av det enkelte prosjekt, før vi redegjør for funnene. Disse er presentert i henholdsvis kapittel 4 for Tigris og kapittel 5 for Barn i rusfamilier. I hvert enkelt kapittel fremgår også analyse og anbefalinger for det enkelte prosjekt. I kapittel 6 hever vi blikket, og drøfter hva denne samlede kunnskapen kan og bør bety både for det enkelte prosjekt, men først og fremst knyttet til innsatser på oppvekstfeltet generelt.

## 1.2 Problemstillinger - Tigris

---

Hensikten med denne rapporten er å evaluere Tigris for perioden 2008 - 2012. Det overordnede formålet med evalueringen er å undersøke prosjektenes måloppnåelse innenfor de fagområdene og tjenester som prosjektene retter seg mot. Herunder ligger det også i mandatet at evalueringen skal komme med innspill til hva som kan være viktige endringer, justeringer eller nyutvikling knyttet til Kompetansesenterets ledelse og organisering av prosjektet. Tematisk vil evalueringen omkranses følgende tre hovedtema: kompetanse, samhandling og praktisk tilrettelegging.

Hovedspørsmålet under temaet kompetanse er om Tigris har bidratt til økt kunnskap og kompetanse i kommunene om rus og rusrelatert problematikk blant gravide og sped-/småbarnsforeldre. Konkret dreier dette seg om tre forhold. For det første om de aktuelle tjenestene har tilegnet seg kompetanse om rus og rusens skadevirkninger på ufødte barn og i barnefamilier. For det andre dreier det seg om hvorvidt medarbeiderne i de aktuelle tjenestene har tilegnet seg kompetanse i å samtale om rus og rusens skadevirkninger. For det tredje dreier det seg om hvorvidt tjenestene har kompetanse i å identifisere skadelig rusbruk/misbruk hos gravide og sped-/småbarnsforeldre. Med andre ord er vi spesielt opptatt av hvorvidt den teoretiske kunnskapen som formidles gjennom Tigris blir en del av den praktiske kompetansen i tjenestene. Dette innebærer også om det i de ulike etatene er etablert rutiner for å samtale om rus og rutiner for å identifisere og avdekke problematisk rusmiddelbruk i målgruppen.

Hovedspørsmålet under samhandling dreier seg om hvorvidt Tigris har bidratt til å etablere hensiktsmessige samarbeidsrutiner mellom de involverte tjenestene. Herunder er vi opptatt av om det er utarbeidet rutiner og prosedyrer for tjenestesamarbeidet i oppfølging av barn og foreldre der det foreligger bekymringsfullt rusmiddelbruk eller der det er mistanke om dette. Foruten samhandlingen mellom de fire tjenestene jordmor, helsestasjonstjenesten, rustjenesten og barnevernet, er vi spesielt opptatt av legenes involvering i dette samarbeidet. I tillegg til samarbeidsrutiner, vil en viktig forutsetning være at de ulike tjenestene kjenner til hverandre. I evalueringen er vi derfor også opptatt av om Tigris har bidratt til at tjenestene har fått bedre kjennskap til hverandre.

Det siste temaet i evalueringen dreier seg om den praktiske tilretteleggingen av Tigris. Herunder er vi opptatt av hvordan prosjektet er gjennomført i praksis, hvordan arbeidet er organisert og hvilken rolle KoRus-Sør har spilt i gjennomføringen og hvilken bistand kommunene har fått. I mandatet for evalueringen fremgår det også at evaluator skal komme med innspill til hva som kan være viktige endringer, justeringer eller nyutvikling av Tigris.

### 1.3 Problemstillinger – Barn i rusfamilier

---

Hensikten er å evaluere Barn i rusfamilier perioden 2010-2012. Det overordnede formålet med evalueringen er å undersøke prosjektenes måloppnåelse innenfor de fagområdene og tjenester som prosjektet retter seg mot. Den ene er målet for BIR er å heve kompetansen om tidlig identifikasjon og tidlig intervensjon blant ansatte som deltar på opplæringsdagene. Det andre målet er å spre og implementere kunnskapen i de ulike avdelingene i kommunen ved hjelp av spredningsmateriell og utvikling av interne rutiner/prosedyrer og samarbeidsstrukturer på tvers av virksomhetsgrenser. Det er en ressursgruppe i hver deltagerkommune som har ansvaret for dette. Hovednedslagsfelt i kommunene for Barn i rusfamilier, slik KoRus-Sør innretter prosjektet, er primært barnehage, helsestasjonen, barnverntjenesten, PPT og skole. I tillegg er det ønskelig at SFO medvirker. I evalueringsmandatet ligger det også mål om å komme med innspill til hva som kan være viktige endringer, justeringer eller nyutvikling knyttet til KoRus-Sør sin ledelse og organisering av prosjektet. Tematisk vil evalueringen omkranses følgende to hovedtemaer: Kompetanse og samarbeid/samhandling, herunder samarbeidsprosedyrer og rutiner internt i den enkelte virksomhet og mellom virksomheter. Videre ser vi også på praktisk tilrettelegging.

Hovedspørsmålet under temaet kunnskap og kompetanse er om Barn i rusfamilier har bidratt til økt kunnskap og kompetanse i kommunene om rus og rusrelatert problematikk knyttet til barn i familier som har et problematisk forhold til rus. Konkret dreier dette seg om tre forhold. For det første om de aktuelle tjenestene har tilegnet seg kunnskap om hva voksnes rusbruk og dets virkning betyr for barna i familien. For det andre om medarbeiderne i de aktuelle tjenestene har tilegnet seg kompetanse i å samtale med foresatte om rusbruk. For det tredje dreier det seg om hvorvidt medarbeiderne i de aktuelle tjenestene har tilegnet seg kunnskap og kompetanse i både å identifisere barn som bekymrer og å samtale med barn som bekymrer der det er mistanke om at foresattes rusbruk har negative innvirkninger for og på barnet.

Hovedspørsmålet under samarbeid og samhandling dreier seg om hvorvidt Barn i rusfamilier har bidratt til å etablere hensiktsmessige samarbeidsrutiner internt i den enkelte virksomhet og mellom de involverte tjenestene. Herunder er vi opptatt av hvorvidt det er utarbeidet rutiner og prosedyrer for tjenestesamarbeidet i oppfølging av barn og foreldre der det foreligger bekymringsfullt rusmiddelbruk eller der det er mistanke om dette. Det er samhandlingen og samarbeidet mellom helsestasjonstjenesten, barnevernet, barnehagene, PPT og grunnskolen vi fokuserer på, men der også SFO er trukket inn. I tillegg til prosedyrer og rutiner for samarbeid og samhandling, vil en viktig

forutsetning være at de ulike tjenestene kjenner til hverandre. I evalueringen er vi derfor også opptatt av hvorvidt Barn i rusfamilier har bidratt til at tjenestene har fått bedre kjennskap til hverandre.

Det siste temaet i evalueringen dreier seg om den praktiske tilretteleggingen av Barn i rusfamilier. Her er vi opptatt av hvordan prosjektet er gjennomført i praksis, hvordan arbeidet er organisert, hvilken rolle KoRus-Sør har spilt i gjennomføringen og hvilken bistand kommunene har fått. I mandatet for evalueringen fremgår det også at evaluator skal komme med innspill til hva som kan være viktige endringer, justeringer eller nyutvikling av Barn i rusfamilier.

## 1.4 Data og metode

---

I både Tigris og Barn i rusfamilier har vi benyttet oss av metodetriangulering i innsamling av data. Metodetriangulering innebærer at bestemte fenomener studeres fra ulike synsvinkler og synspunkter, og at problemstillingen belyses ved hjelp av forskjellige metoder. Vårt datamateriale består av både kvantitative og kvalitative data. McEvoy og Richards (2006) hevder at en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder representerer et metodisk «minefelt» fordi de representerer ulike kunnskapssyn, virkelighetsoppfatninger, forskningsstrategier og tolkning av funnene. Kvantitative metoder har vært knyttet opp mot et positivistisk grunnsyn hvor målet har vært å finne objektive fakta på bakgrunn av empiriske observasjoner. Forskningsprosessen har derfor vært preget av klare strukturer. Kvalitative tilnærminger har derimot hatt fokus på det subjektive og vært mer fleksible. Et kjennetegn ved kvalitative metoder er blant annet at trinnene i forskningsprosessen i stor grad går over i hverandre, og kvalitative metoder har gjerne vært knyttet til fortolkningsstradisjon.

Selv om skillet tradisjonelt har gått mellom kvalitative og kvantitative metoder, kan også variasjonen innenfor disse være store. Ryen (2002) at det råder større ulikheter innad i den kvalitative forskningen enn mellom kvantitativ og kvalitativ forskning. På denne bakgrunnen kan en se for seg en mulighet til å metodetriangulere med den hensikt å bekrefte funn.

Uavhengig av hvilket av disse forklaringsparadigmene en legger til grunn, vil det å anvende metoder som tradisjonelt har representert ulike paradigmer, kunne utfordre forskere som velger å triangulere metoder. Til tross for at metodetriangulering vil kunne være mer utfordrende enn andre «renere» metoder, er metodetriangulering innen profesjonsforskning et godt redskap til å studere flere og ulike sider ved et fenomen. Dette kan være med på å bidra til en mer ydmyk holdning i forhold til fenomenenes kompleksitet.

I innsamling av kvantitative data, har vi benyttet spørreskjema. Vi redegjør nærmer for spørredataene under hvert enkelt delprosjekt. I innsamling av kvalitative data, har vi benyttet metodene personlige intervjuer og fokusgruppeintervjuer. I Tigris er det primært lagt vekt på innsamling av data gjennom metoden personlige intervjuer og i Barn i rusfamilier er hovedtyngden lagt på bruk av fokusgruppeintervju som metode. I begge evalueringene har vi også samlet inn prosessdata gjennom følgeforskning. Raske endringer både på organisasjons- og samfunnsnivå medfører at tradisjonell etterevaluering lett blir uaktuell. Følgeevaluering er dynamisk, den er i liten grad en tilbakeskuende analyse, men forskning som skjer i nuet, parallelt med den faktiske handling som utspilles. Evalueringen er basert på vitenskapelige metoder og teoretisk basert refleksjon, den har analytiske kvaliteter, men skal være praktisk rettet. Det viktigste prinsippet for følgeforskning ligger i selve begrepet, nemlig at forsker følger prosjektet. Det er ulike tradisjoner også innen følge-

forskning, og i den tradisjonen vi konsentrerer oss om, kan følgeforskning defineres som «formativ dialog basert på prosessanalyse» (Baklien 2003), der det legges vekt på å skape en konstruktiv dialog mellom ulike interessenter i et program eller prosjekt som skal iverksettes. Med formativ dialog menes at kunnskap som erverves underveis i prosessen skal komme det pågående prosjektet til gode. Følgeevaluering gir ved dette oppdragsgiver oppdatert kunnskap om faktiske prosesser og mulige virkninger. Metoden gir fleksibilitet og bidrar til å oppdatere oppdragsgivers beslutningsgrunnlag. Evaluator har en aktiv rolle i forhold til prosjektet og følgeforskning innebærer gjensidig kunnskapsutvikling der forskeren følger utviklingsprosesser i feltet, og aktørene i feltet følger og tar del i forskningsprosessen. Det skjer læring gjennom at kunnskap om prosjektet tilbakeføres underveis. Samlet for evalueringen har vi innhentet data fra 41 kommuner. I tillegg har vi gjennomgått interne evalueringer som KoRus-Sør har gjennomført på områdene og dokumenter fra case-kommuner og fra KoRus-Sør. I sum inneholder derved evalueringen et svært omfattende og rikt materiale. I det enkelte delkapittel for prosjektene, beskriver vi datagrunnlaget og metodene nærmere.

## 2. Om programmene

### 2.1 Om Tigris

---

#### 2.1.1 Målsettinger og målgrupper

Tigris er et kompetanse- og utviklingsprogram rettet inn mot å heve kompetansen hos aktuelt fagpersonell med tanke på å hindre bruk av rusmidler under graviditeten og hindre belastende rusbruk i spebarn- og småbarnsperioden. Programmet legger vekt på tidlig identifikasjon og intervensjon med tanke på å hindre belastninger og skade på foster og barn som følge av rusmiddelbruk hos foreldrene.

Målgruppene for programmet er ulike kommunale tjenester som kommer kontakt med gravide og småbarnsforeldre. Mer konkret rettes programmet mot ansatte i:

- Helsetjenesten, herunder jordmødre, helsesøstre og leger
- Sosialtjenester i og utenfor NAV, herunder rusteam og andre fagpersoner med ansvar for det kommunale rusarbeidet
- Barneverntjenesten

Programmet forutsetter deltagelse fra de tre nevnte tjenesteområdene. For helsetjenesten gjelder dette både jordmor og helsesøster. Det er også et ønske med deltakelse fra leger, men dette er ikke noe absolutt krav.<sup>1</sup> I tillegg kan den enkelte kommune ut fra lokale behov og forutsetninger trekke inn andre relevante samarbeidspartnere.

Prosjektet har som siktemål å øke kunnskapsnivået og handlingskompetansen blant relevante fagpersoner i de nevnte tjenestene. Dette skal igjen bidra til

- å hindre bruk av rusmidler under graviditeten
- å hindre belastende rusmiddelbruk blant sped- og småbarnsforeldre

Ut over dette opererer programmet med delmål i forhold til at kommunen skal

- innarbeide interne rutiner som sikrer at denne tematikken blir tatt opp med gravide og sped-/småbarnsfamilier gjennom samtaler og bruk av kartleggingsverktøy
- innarbeide gode rutiner for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid når det gjelder oppfølging av gravide, barn og foreldre der det foreligger et bekymringsfullt rusmiddelbruk eller der det er mistanke om det.

---

<sup>1</sup> Bakgrunnen for dette er legenes ulike ansettelsesforhold i kommunene, som gjør det vanskelig å stille krav om bruk av tid til prosjektarbeid.



Det andre punktet – om innarbeiding av rutiner for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid – ivaretas dels av handlingsveilederen og dels innenfor arbeidet i en ressursgruppe bestående av representanter for de deltagende tjenestene.

## 2.1.2 Programmets innhold

Tigris har en varighet på ett og et halvt år. Konkret består programmet av følgende elementer:

- Kompetansehevende kurssamlinger
- Tverretatlige ressursgrupper
- Handlingsveileder
- Kartleggingsverktøyet Tweak
- Veiledning fra prosjektleder gjennom hele prosjektperioden

### *Kurssamlinger*

Kurssamlingene består av en forelesningsrekke med fire todagers bolker som gjennomføres i løpet av prosjektperioden. For hvert av temaene engasjeres det foredragsholdere med spesialkompetanse. Temaene for kurssamlingene innbefatter kunnskap om rus i graviditet og i et familieperspektiv, kartleggingsverktøy, skadevirkninger, lovverk, kommunikasjon, foreldrefunksjoner og vold. Det arrangeres også en årlig fagdag for alle tidligere og nåværende prosjektdeltagere.

Tabell 2.1 Undervisningsplan for Tigris 2012-2013

<b>Samling</b>	<b>Tema</b>
Kurssamling 1	Rus i et familieperspektiv Om prosjektarbeidet Holdninger, barrierer Kartleggingsverktøy
Kurssamling 2	Nevropsykologiske skadevirkninger på foster/barn som følge av rusmiddelbruk i graviditeten Medisinske skadevirkninger på foster/barn som følge av rusmiddelbruk i graviditeten Aktuelt lovverk på feltet
Kurssamling 3	Kommunikasjon Tilknytning, tidlig samspill, viktige foreldrefunksjoner
Kurssamling 4	Vold i nære relasjoner Oppsummering av prosjektarbeidet Innlegg fra alle kommunene Oppsummering og avslutning

Kurssamlingene retter seg i første rekke mot medlemmene i de tverretatlige ressursgruppene. Disse igjen har ansvar for implementering og spredning av kompetansen til de øvrige i medvirkende tjenester.

### *Ressursgruppen*

Ressursgruppen er en tverrfaglig gruppe som etableres for å drive Tigris-prosjektet ute i den enkelte kommune. Gruppen består av 1-2 personer fra de deltakende tjenestene, primært jordmor, helsestasjon, barnevern og rustjenesten. I tillegg deltar også prosjektleder fra KoRus - Sør som veileder i gruppen. Medlemmene i gruppen møtes 1 gang pr. mnd. Formålet er at den skal utvikle spisskompetanse på å forebygge, avdekke og håndtere rusmisbruk under graviditet og i sped- og småbarnsperioden. Mandatet til gruppen er følgende:

- Drøfte åpent eller anonymt forespørsler angående gravide rusmiddelmissbrukere eller sped- og småbarnsfamilier der mor og/ eller far har et rusmiddelproblem.
- Gi råd og veiledning til de som henvender seg til ressursgruppa og gi råd til ansvarsgrupper som blir opprettet.
- Bidra til å innarbeide interne rutiner som sikrer at tema rus blir tatt opp i samtaler med gravide, sped- og småbarnsforeldre på de aktuelle arenaer
- Bidra til å utvikle, implementere og evaluere kommunens rutiner for det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet i det rusrelaterte arbeidet
- Bidra til å implementere handlingsveileder i etatene
- Sørge for gjennomføring og videreføring av planer om kompetanseheving
- Sørge for kontinuitet i ressursgruppen og videreutvikle det rusrelaterte arbeidet i kommunen også etter endt prosjektperiode

### *Handlingsveileder*

I tillegg til seminarene er handlingsveilederen et sentralt dokument som er et grunnlag for kompetanseutviklingen i de deltakende kommunene. Handlingsveilederen omhandler både felles rutiner for tverretatlig samarbeid og utdypende kapitler om svangerskapsomsorgen, helsesøstertjenesten, sosiale tjenester og barnevernet. Hvert av kapitlene inneholder ulike tema som verdigrunnlag i de ulike tjenestene, lovverk, samtaleteknikk, informasjon om rusmidler og rusens konsekvenser.

### *Tweak*

Tweak er et screeningverktøy for kartlegging og samtale med gravide om alkoholbruk i svangerskapet. Hensikten med bruk av Tweak er å kartlegge den gravides alkoholforbruk, gi informasjon om skadevirkninger for fosteret ved bruk av alkohol, sette i gang en refleksjon hos den gravide rundt eget forbruk, anbefale totalavhold og fange opp bekymringsfull bruk av alkohol med tanke på videre oppfølging. Intensjonen er at Tweak skal benyttes av jordmødrene som en del av svangerskapsomsorgen.

### *Prosjektleder fra KoRus*

Prosjektleder fra KoRus har hovedansvaret for å drive Tigris-prosjektet. Dette innbefatter både oppgaven med å tilby kommunene Tigris, gjennomføre seminar og følge opp ressursgruppene. Det betyr at prosjektleder deltar i alle ressursgruppemøtene i løpet av perioden Tigris varer.

### 2.1.3 Deltakende kommuner og tjenester

Frem til og med 2011 har i alt 13 kommuner deltatt siden starten i 2006. De første kommunene som startet i 2006 var pilotkommuner. Programmet startet opp som en permanent ordning med kommunene som var med i 2008.

Tabell 2.2 Oversikt over kommuner som har deltatt i Tigris

Oppstartsår	Kommuner
2006-2007	Skien, Horten, Bamble
2008-2009	Ringerike, Nome, Grimstad, Hægebostad, Søgne
2010-2011	Drammen, Sandefjord, Sauherad, Notodden, Songdalen
2012-2013	Gol, Modum, Svelvik, Porsgrunn, Bø, Drangedal, Tvedestrand

Det varierer noe mellom de deltakende kommunene hvilke tjenester som har deltatt. Det er imidlertid et generelt krav at da såkalte kjernetjenestene; jordmor, helsesøstertjenesten, barnevernet og rustjenesten skal delta. I tillegg har det vært anbefalt at det deltar en legerepresentant. I tabellen under fremgår det at legetjenesten har deltatt i flere av kommunene, men i praksis dreier dette seg mer om en formell enn om en reell deltakelse. Ut over dette ser vi at fem kommuner har hatt med psykisk helse og to kommuner har hatt med barnehage og to kommuner har hatt med jordmor fra sykehuset. I tillegg har enkelte kommuner også hatt med andre tjenester eller funksjoner, som f.eks. miljøterapeut, PPT og kommunens familiesenter.

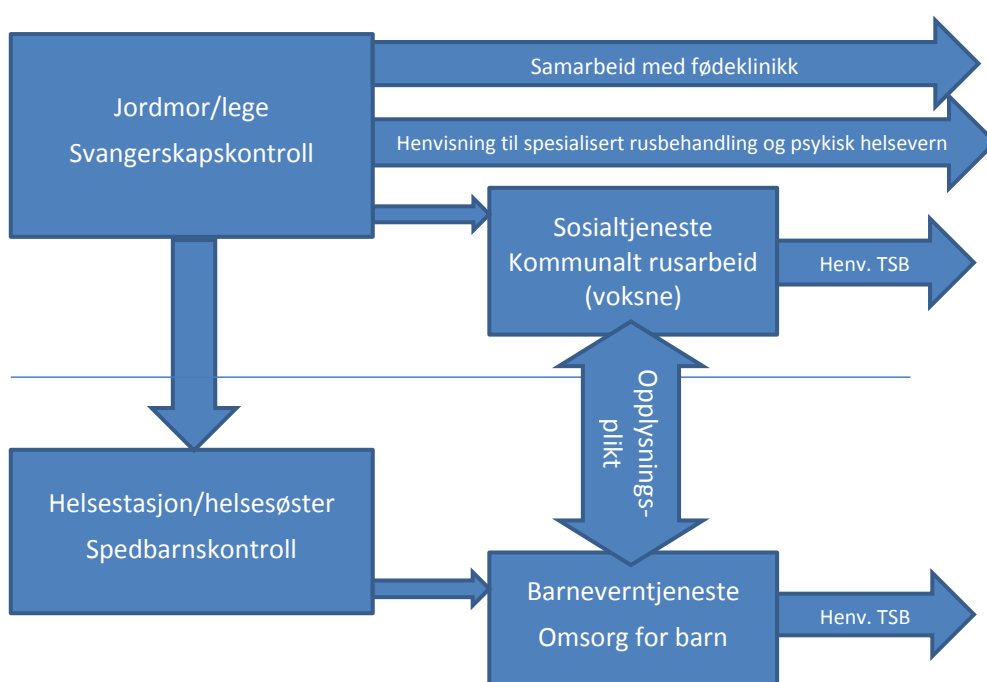
Tabell 2.2 Oversikt over hvilke tjenester som har deltatt i ressursgruppene i Tigris

	Kjerne-tjenester	Lege	Psykisk helse	Barne-hage	Andre
Skien	x				
Horten	x				
Bamble	x	x			
Ringerike	x		x		Jordmor sykehuset
Nome	x	x	x		Miljøterapeut
Grimstad	x	x			
Hægebostad	x	x			
Søgne	x			x	
Drammen	x	x			Jordmor sykehuset, BUPA
Sandefjord	x	x			
Sauherad	x	x			
Notodden	x	x	x		
Songdalen	x	x	x	x	Familiesenter
Gol	x	x	x		
Modum	x				
Svelvik	x		x		
Porsgrunn	x				

Bø	x	x	
Drangedal	x		x Familiens hus, PPT, rektor
Tvedestrand	x		

## 2.1.4 Tjenestenes oppgaver og ansvar

I denne delen har vi gitt en kort beskrivelse av tjenestene som har relevans for gravide og sped-/småbarnsforeldre samt relasjonene dem imellom. I hovedsak har vi basert denne delen på lover og sentrale retningslinjer. Modellen er ment å være en idealisert modell som viser de viktigste relasjonene mellom tjenestene. Den gir dermed ikke noe fullstendig empirisk bilde av oppgaver og samarbeidet mellom tjenestene.



Figur 2.1 Samarbeidsrelasjoner mellom tjenestene som er involvert i Tigris

De gravidens første møte med det kommunale tjenestetilbudet vil være svangerskapskontrollen som ivaretas av jordmor og/eller fastlege. I henhold til de nasjonale retningslinjene for jordmødrene, er det anbefalt at gravide går gjennom åtte kontroller med ulikt innhold (Sosial- og helsedirektoratet IS-1179). Jordmor og lege vil ha et ansvar for å melde saker til rustjenesten i de tilfellene det er bekymring eller mistanke i forhold til rusmisbruk under graviditet. Jordmor skal videre samarbeide med fødeklinikk, bl.a. dersom det er behov for ansvarsgruppemøte under graviditeten. Det er for øvrig bare legene som har henvisningsrett til spesialisert rusbehandling.

Etter fødsel er det helsestasjonstjenesten som overtar oppfølgingsansvaret. Helsestasjon skal utøve helsefremmende og forebyggende helsearbeid mot barn 0–6 år. Som for svangerskapskontrollen består spedbarnskontrollen av rutinemessige oppfølging på ulike alderstrinn. I veilederen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det anbefalt sju konsultasjoner for barn i alderen 0-6 år (Sosial- og helsedirektoratet IS-1154). Ut over dette vil det være individuelle konsultasjoner dersom det

er grunn til bekymring. En viktig relasjon helsestasjonen har til barnevernet er opplysningsplikten ved omsorgssvikt generelt, og i dette tilfellet omsorgssvikt som skyldes rusproblemer i familien.

Kommunenes ansvar for rusarbeid gjelder på flere områder. Dette innbefatter alle typer forebyggende og behandlende tiltak, også ansvar for å avdekke rusrelaterte problemer hos gravide og i familier med sped-/småbarn. Organisering av rusarbeidet varierer fra kommune til kommune. Noen kommuner har organisert hele eller deler av ansvaret inn under ulike virksomheter og betegnelser (ruskonsulent, rusteam sosialmedisinsk senter, psykisk helse). Andre kommuner har lagt ansvaret til NAV. I rapporten bruker vi begrepet «rustjenesten» som en fellesbetegnelse for disse tjenestene.

Jordmor og lege har opplysningsplikt til rustjenesten ved mistanke om rusmisbruk under graviditet, og rustjenesten har videre henvisningsrett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Rustjenesten har ansvar for å undersøke bekymringsmeldinger om rusmiddelbruk i graviditeten og sette inn aktuelle hjelpetiltak på frivillig basis, samt fremme forslag til Fylkesnemnda om tvangstiltak. De har også myndighet til å fatte hastevedtak ved rusmiddelbruk under graviditet.

Barnevernets hovedansvar vil være å ivareta barnets interesser, og i prinsippet har de et ansvar først når barnet er født. Det betyr også at de andre tjenestene har opplysningsplikt til barnevernet på samme måte som de har overfor rustjenesten. Opplysningsplikten til barnevernet gjelder imidlertid omsorgen for det fødte barn. Primært vil det derfor være helsestasjonen som har kontakt med barnevernet, ikke jordmor. På samme måte som rustjenesten, har barnevernet henvisningsrett til tverretattlig spesialisert rusbehandling.

Til slutt viser modellen at rustjenesten og barnevernet har gjensidig opplysningsplikt til hverandre når det gjelder hhv. gravides rusbruk og foreldres rusmiddelbruk etter fødsel. Både barnevern og rustjenesten vil ha henvisningsrett til tverretattlig spesialisert rusbehandling.

## 2.2 Om Barn i rusfamilier

---

### 2.2.1 Målsettinger og målgrupper

Barn som vokser opp i hjem med rusproblemer har høyere risiko enn andre barn til å utvikle psykiske og fysiske plager. Gjennom «Barn i rusfamilier - tidlig intervensjon» ønsker Kompetansesenteret å sette fokus på hvor viktig det er at barna får tidlig hjelp for å forebygge eller avgrense skadevirkninger. Hensikten er tidlig intervensjon i oppvekst overfor barn som vokser opp i hjem med rusproblematikk, for å forebygge eller avgrense skadevirkninger.

Målet er å heve kompetansen om tidlig identifikasjon og tidlig intervensjon blant ansatte som kommer i kontakt med risikoutsatte barn og unge.

Kjernemålgruppe er ansatte i barnehager, barneskoler, helsestasjon, PP -tjenesten og barnevernet.

Følgende delmål gjelder for innsatsen:

- Øke kunnskapen om rusmiddelproblemer i et barne- og familieperspektiv, og om hvilke konsekvenser det får for barn å vokse opp i familier med rusmiddelproblemer
- Øke handlingskompetansen om hva gjør jeg når jeg er bekymret for et barn – og om hvem kan jeg samarbeide med

- Ressursgruppen i den enkelte kommune har ansvar for at kunnskapen om «hva ser jeg – og hva gjør jeg» spres og implementeres i de ulike avdelingene (ved hjelp av verktøy/ spredningsmateriell som gjennomgås på egen samling for ressursgruppene).
- Ressursgruppen har ansvar for å utarbeide/ gjøre kjent rutiner i de ulike avdelingene/ kommunen, for hvordan gå fra bekymring til handling når jeg er bekymret for et barn

## 2.2.2 Oversikt over kommuner som har deltatt i evalueringsperioden 2010- 2012

Kompetansesenter rus – region sør tilbyr kommunene i Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder opplæring og veiledning i hvordan man på et tidlig tidspunkt kan oppdage og identifisere barn som vokser opp i familier med belastende rusmisbruk, og hvordan man via økt handlingskompetanse og tverrfaglig samarbeid kan gjøre noe for å hjelpe disse barna.

Tabell 2.3 Oversikt over deltakerkommuner i Barn i rusfamilier

År	Fylke	Kommune	Antall innbyggere ca**
2010	Vest- Agder	Sirdal	1750
		Søgne	10700
	Aust- Agder	Iveland	1230
		Risør	7000
	Telemark	Kragerø	11000
		Nome	6560
2011	Vestfold	Sande	8300
		Aust- Agder	Åseral
	Vestfold	Grimstad	20500
		Larvik (Brunlanes)	42000
		Tjøme	4650
		Horten	25000
Buskerud	Hurum	9045	
2012	Telemark	Sauherad	4300
	Vestfold	Lardal	2400
	Buskerud	Hemsedal	2140
		Lier	24000
	Oslo*	Bydel Sagene	33000
	Hedmark*	Åsnes	8000
		Våler	3800
Grue		5080	

\*I 2012 går "Barn i rusfamilier - tidlig intervensjon" utenfor region sør. Oslo blir i samarbeid med Kompetansesenter rus (KoRus)– Oslo og Hedmarkskommunene sammen med KoRus Øst.

\*\*Innbyggertallet kan være litt endret nå – de er fra året da kommunene søkte om deltakelse

## 2.2.3 Programmets innhold

Deltagerkommunene tilbys følgende kursopplegg:

- Fire dagers opplæring gjennom to samlinger av to dager med aktuelle temaer og dyktige og inspirerende foredragsholdere, og med følgende temaer:

- Rusmiddelbruk i et barne- og familieperspektiv. Hvilke konsekvenser får det for barn å vokse opp i en familie med rusproblematikk. Hva sier forskningen? Hvilke tegn og signaler kan barn vise? Og hvordan skal vi forstå barnets uttrykk og samspillet i familien?
  - Den utfordrende taushetsplikten. Taushetsplikt for deg som jobber med barn – begrensninger og muligheter.
  - Bli bevisst egne barrierer og holdninger. Roller og mandat. Få økt kunnskap om samarbeidsmuligheter og hjelpeapparatet.
  - Bli trygg på den nødvendige samtalen. Hvordan samtale med barn, hvordan samtale med foreldre? Konkrete tips og eksempel via film<sup>2</sup>.
- Fellessamling for deltagende kommuner (ressursgruppene) med erfaringsutveksling og materiell til spredning/implementering.
  - En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet «Fra bekymring til handling» og annet materiell.
  - Ressursgruppene får materiell i hvordan nøkkelpersoner kan videreformidle kunnskap til egne kolleger og utvikle rutiner i egen virksomhet. Blant annet filmer, case, powerpoint-presentasjon med notater og hefte/film om hvordan den nødvendige samtalen kan gjennomføres.
  - Invitasjon til årlige samlinger for nøkkelpersoner som har deltatt i prosjektet. En slik langvarig oppfølging med muligheter for faglig påfyll ansees som et viktig element i implementeringsarbeidet.
  - Noe kompensasjon for vikarutgifter ble gitt i evalueringsperioden 2010 – 2012<sup>3</sup>.

## 2.2.4 Forpliktelse for deltakerkommunene

Som ledd i avtalen mellom KoRus-Sør og kommunene, inngår følgende forpliktelser for kommunene:

- Å sende minst to førskolelærere og kontaktlærere fra hver barnehage og skole som deltar + en fra hver SFO.
- Påse at to fagpersoner fra skolens hjelpetjenester (henholdsvis helsestasjon og PP-tjenesten), samt barnevernet deltar. Disse betjener ofte mer enn en barnehage og skole. Det er derfor ikke behov for like mange fra hjelpetjenesten som fra barnehage/ skole.
- Finne egnede personer som ser viktigheten av tidlig intervensjon, og som vil bidra i en ressursgruppe og være kontaktperson for implementering på den enkelte arbeidsplass.
- Forankre prosjektet i ledelsen, slik at riktige personer får anledning til å delta.
- Dekke egne reiseutgifter. KoRus-Sør dekker kurs- og oppholdsutgiftene.

Kommunene velges ut etter søknad, og i invitasjonen fra KoRus-Sør opplyses om følgende begrunnelser for hvorfor kommunen bør være med:

---

<sup>2</sup> I 2010 så kommuner en dansk utgave av filmen «Den nødvendige samtalen». Ressursgruppene som deltok i 2010 ga innspill til den norske utgaven, som har vært i bruk under kursdagene for kommunene i 2011 og 2012

<sup>3</sup> Ikke videreført

- Forebygging og samarbeid er forankret i en rekke lovverk (for eksempel: barnevernsloven, barnehageloven, opplæringsloven, sosialtjenesteloven, alkoholloven, kommunehelsetjenesteloven, )
- Erfaringer fra prosjektgjennomføringen viser at deltakerne får en større trygghet og øker sin handlingskompetanse i forhold til å se og gjøre noe for barn som eventuelt lever i risikofylte hjem. (jfr. evaluering fra SIRUS 2009)
- Skal man lykkes med forebyggende arbeid, er det viktig med et godt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Prosjektet viser at kunnskap om hverandres arbeidsfelt, et navn og et ansikt – bidrar til at det er lettere å komme med en bekymring eller be om råd fra andre instanser.
- Prosjektet vil være et viktig bidrag i det forebyggende arbeidet for barn og unge – særlig sett i sammenheng med det helhetlige rusmiddelpolitiske arbeidet og samhandlingsreformen



### 3. Analytiske perspektiver

En sentral del av Tigris og Barn i rusfamilier er å tilføre fagpersonell i deltakerkommunene kompetanse knyttet til rusmidlers konsekvenser. For Tigris gjelder dette under graviditet og i sped- og småbarnsperioden. For Barn i rusfamilier gjelder det kunnskap om hvordan foresattes bruk av rusmidler virker inn på barn i alle aldre.

I mandatet til evalueringen er det ønske om å belyse hvordan kompetansen om rusmidlers konsekvenser er hos deltakerne, om kompetansen har blitt bedre og om kompetansen faktisk tas i bruk. I mandatet er man også opptatt av hva slags læring man har oppnådd gjennom programperioden.

For å belyse spørsmålene i mandatet finner vi det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i noen generelle begreper om kompetanse. Det er vanlig å skille mellom følgende fire former for kompetanse: «know-what», «know-how», «know-why» og «know-who» (Garud 1997). I denne delen vil vi belyse spørsmålene i lys av de tre første formene for kompetanse, mens den sistnevnte formen vil vi komme nærmere tilbake til i neste delkapittel. På norsk kaller vi de fire formene for: eksplisitt kunnskap, implisitt kunnskap, systemkunnskap og samhandlingskunnskap.

Eksplisitt kunnskap (know-what) er faktabasert kunnskap. Eksplisitt kunnskap er kunnskap som kodes enten i form av lærebøker, foredrag, manualer eller instruksjoner. I Tigris og Barn i rusfamilier finner vi denne kunnskapen formidlet gjennom seminarer og i handlingsveilederen.

Implisitt kunnskap (know-how) er den kontekststøttede kunnskapen som ikke kan kodifiseres. Dette er med andre ord kunnskap som må bygges opp innenfor sin egen spesifikke kontekst. Know-how omtales også som tauskunnskap, noe som innebærer at kunnskapen er praktisk, underforstått, innebygget og/eller automatisert hos de som innehar kunnskapen. I Tigris og Barn i rusfamilier vil dette være den praktiske kunnskapen som anvendes under konsultasjoner med brukere, i det lokale informasjonsarbeidet og i den praktiske håndteringen av prosedyrer og rutiner.

Systemkunnskap (know-why) dreier seg om prosesskunnskap, dvs. hvordan ulike deler henger sammen i en større helhet og hvordan ulike faktorer påvirker hverandre i prosesser. I Tigris og Barn i rusfamilier vil dette dreie seg om den kunnskapen hver enkelt har omkring hvordan ulike tjenester henger sammen, forståelsen av grensesnitt og hvordan saksgangen foregår mellom tjenester. Kort sagt dreier det seg om å forstå sin egen virksomhets rolle innenfor en større helhet og hvordan de ulike delene spiller sammen innenfor en slik enhet.

Kunnskap om hvem (know-who) dreier seg om nettverkskunnskap eller kunnskap om hvilke aktører som besitter hvilke ressurser som kan utnyttes for å nå felles mål. Dette omfatter ikke bare kunnskap om hvem som er aktuelle samarbeidsaktører, men også det å ha kunnskap om hva disse aktørene gjør og kan bidra med. Dersom vi trekker et skille mellom kunnskapen i et felt og kunnskapen om et felt, så vil kunnskapen i et felt dreie seg om å besitte den yrkeskompetanse som skal til for å utøve en virksomhet, mens kunnskap om dreier seg om å kjenne til hva virksomheten omfatter. Den gjensidige kunnskapen tjenester eller virksomheter har om hverandre, vil således være en viktig forutsetning for samarbeid.

Nedslagsfeltet for Tigris og Barn i rusfamilier er primært knyttet til det vi betrakter som profesjonell praksis. Profesjonsbegrepet refererer gjerne til en gruppe mennesker som deler et yrke med spesielle egenskaper og kjennetegn. Det er en uenighet om hva skal forstås som profesjoner, men det er en bred enighet om at profesjonene utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet

gjennom en spesialisert utdanning (Molander og Terum 2008). Profesjonene har en større faglig autonomi og utøver ofte en aktiv rolle for å definere hvilke rammer som gjelder for sin profesjonsutøvelse. En profesjonell handlingskompetanse er en menneskelig ressurs som blant annet setter den enkelte personen og det aktuelle profesjonelle praksisfellesskapet i stand til å løse bestemte oppgaver i bestemte sosiokulturelle og materielle omgivelser.

Profesjonsbegrepet har en lang historie, men opphavet til begrepet, slik det brukes innenfor profesjonsstudier, forbindes gjerne med amerikansk sosiologi i første halvdel av det 20. århundret. En av de første sentrale profesjonsteoretikere var den funksjonalistisk orienterte sosiologen Talcott Parsons som hevdet at profesjonenes primære kjennetegn var det nyttige. Eliot Freidson (1986) peker på at betegnelsen profesjon allerede fra 1500-tallet ble brukt både som betegnelse på de opprinnelige universitetsutdannede gruppene, leger, jurister og prester, men at ordet også kunne brukes om ethvert yrke i samfunnsoppdraget de utførte. Parsons tolkning av profesjonene er knyttet til et av sosiologiens opprinnelige grunnspørsmål: Hvordan forstå og motvirke de sosiale konsekvensene av tradisjonssamfunnets oppløsning? Slik ble profesjonene innenfor tidlig funksjonalistisk sosiologi i USA fremhevet som et av det moderne samfunnets 'bindemidler'. Dette tilkjente profesjonene en særegen stilling i samfunnet. De representerte ifølge Parsons «the common good» til forskjell fra aktørene på det økonomiske markedet som ble drevet av «self interest». Parsons hevdet at det eksisterte et «cultural and social psychological relationship» mellom profesjonene og samfunnets organisering ((Sciulli 2005:932) . I tråd med denne forståelsen av profesjonenes stilling ble deres yrkesutøvelse knyttet til bestemte kriterier. De viktigste elementene i disse kriteriene var at profesjonene baserte sin virksomhet på en praktisk-teoretisk kunnskapsbase, på bestemte etiske normer, og at det råder en stor grad av autonomi og faglig autoritet innenfor profesjonen. Dette betyr at profesjonene for en stor del selv utvikler, avgrensar og forvalter sin kunnskap og sine etiske retningslinjer. Da kravet om en faglig og kunnskapsmessig autonomi ikke kunne tilfredsstilles for yrkesgrupper som for eksempel lærere og sykepleiere, ble disse innenfor en funksjonalistisk profesjonsforståelse betegnet som semiprofesjoner. Dette var yrkesgrupper som bygget sin kunnskapsbase på kunnskap utviklet utenfor profesjonen selv. Profesjonskunnskapen fremstår som det viktigste kjennetegnet på en profesjon. Kunnskapens betydning og funksjon anerkjennes innenfor både kritiske og mer klassiske holdninger til profesjonsbegrepet<sup>4</sup>.

Selv om det ikke finnes noen klare kriterier for hva som defineres som et yrke, finnes det flere kjennetegn. Et kjennetegn er at det er en tydelig avgrenset aktivitet som kan utføres regelmessig. Et annet kjennetegn er at en gjør denne aktiviteten mot betaling. Videre er det viktig at virksomheten er standardisert slik at man kan gjøre jobben på samme måte uansett hvor man befinner seg, og at en i tillegg har mulighet til å bytte ut arbeidskraften uten at det vil få store konsekvenser for virksomheten (Halvorsen 2002). Halvorsen mener at det finnes visse kriterier for at et yrke skal kunne betegnes som en profesjon. Det krever en bestemt formell utdanning av en viss varighet, de som innehar disse yrkene er ofte opptatt av å oppnå bestemte mål og ifølge sosiale normer kan ikke andre enn de som har denne spesifikke utdanningen inneha yrket (Halvorsen 2002).

En semiprofesjon er et yrke hvor det er snakk om kortere utdanning, mindre grad av faglig autonomi og et kunnskapsgrunnlag som ikke er like sterkt som i en profesjon. Sosionomer og barnevernspedagoger er eksempler på semiprofesjoner (Halvorsen 2002). De ulike yrkesgruppene har også utviklet særegne yrkesetiske retningslinjer og normer som har betydning for profesjonsutøvelsen. Dette kan ha noe å si for hvordan man handler, samhandler og forholder seg til andre

---

<sup>4</sup> Lærers profesjonskunnskap i historisk perspektiv av Arve Mathisen [http://arvema.com/tekster/L\\_prof\\_kunnskap.pdf](http://arvema.com/tekster/L_prof_kunnskap.pdf)

mennesker på. Det er viktig å se på dette for å se på hvilken måte det kan virke inn på samarbeidet. Både Tigris og Barn i rusfamiliers målgrupper, som er praksisfeltet av fagutøvere innen kommunal oppvekstsektor, består i all hovedsak av det som betegnes som seminprofesjoner. Vi kommer nærmere tilbake til profesjonsbegrepet i kapittel 6.

## 4. Tigris

I dette kapitlet presenterer vi resultatene fra evalueringen av Tigris. Kapitlet har to hovedproblemstillinger. Den ene angår spørsmålet om kunnskapen som formidles gjennom Tigris kommer til anvendelse i det praktiske arbeidet i kommunene, dvs. i form av informasjon, samtale om rus og identifisering av bekymringsfullt rusbruk eller -misbruk. Den andre problemstillingen angår spørsmålet om samordning av det rusrelaterte arbeidet mellom involverte tjenester i kommunene. Dette dreier seg primært om samhandlingen mellom jordmor/leger, helsesøstertjenesten, rustjenesten og barnevernet i saker hvor det er bekymring for gravide, barn eller foreldre.

Kapitlet er delt inn i fem deler. I den første delen har vi tatt for oss det vi kaller kunnskapsbasene i Tigris. Med dette menes de arenaene eller funksjonene som har til formål å gi deltakerkommunene kunnskap og kompetanse om rusens virkninger, om håndtering av rus i praksis og om samhandling rundt rusrelaterte saker. I den andre delen har vi tatt opp noen mer grunnleggende spørsmål om hva slags kompetanse som er relevant for hvem og hvilke målgrupper som er aktuelle i det arbeidet som Tigris retter seg mot. Den tredje delen omhandler kunnskap og kompetanse. Hovedspørsmålet i denne delen er om kunnskapen som Tigris målbærer, blir implementert i den daglige praksisen i deltakerkommunene. I den fjerde delen tar vi for oss samarbeidet og samordning av de tjenestene som er involvert i Tigris. Hovedspørsmålet her er om kommunene har utarbeidet samarbeidsrutiner og hvorvidt disse rutinene anvendes i praksis. Den femte delen handler om hvordan kommunene viderefører arbeidet etter at Tigris-prosjektet er over. Avslutningsvis oppsummeres funnene fra evalueringen av Tigris.

### 4.1 Data og metode i Tigris

---

Spørreundersøkelsen i Tigris-prosjektet ble sendt ut til i alt 227 medarbeidere i jordmortjenesten, helsestasjonstjenesten, rustjenesten og barnevernet samt til et utvalg andre medarbeidere som har vært registrert som deltakere i prosjektene. Vi fikk svar fra i alt 116 personer noe som gir en respons på 51 prosent. Enkelt har imidlertid kun svart på noen få spørsmål og i praksis ligger derfor svarprosenten lavere på flere av spørsmålene.

Blant de som svarte er det omtrent halvparten som enten har deltatt i ressursgruppen og/eller på undervisningen i regi av KoRus- Sør, mens de øvrige enten ikke har deltatt eller kun har deltatt i intern undervisning i kommunen. Dette fordeler seg omtrent 50/50 innenfor hver tjeneste, bortsett fra jordmortjenesten der samtlige har deltatt i ressursgruppen og/eller på undervisningen.

Tabell 4.1 Andel av respondentene som har deltatt på kurssamlinger, ressursgruppe, intern undervisning eller ingen av delene

	Prosent	N
Har deltatt på kurssamlinger	49	57
Har deltatt i ressursgruppen	46	53
Har deltatt i intern opplæring	32	37
Ingen av delene	16	18

Tabell 4.1 viser andelen av respondentene som har deltatt på kurssamlinger, i ressursgruppen, på intern opplæring i kommunen eller ingen av delene. Det er i stor grad de samme respondentene som svarer at de har deltatt på kurssamlinger som også har sittet i ressursgruppene. I alt er det 44 respondenter som har deltatt på begge deler (38 prosent). Ellers ser vi at det er 32 prosent som svarer at de har deltatt i intern opplæring. Ingen av disse har i tillegg svart at de har deltatt på kurssamlinger eller i ressursgruppene. Til slutt har vi 16 prosent som svarer at de ikke har deltatt på noen av aktivitetene. Det betyr at det i utvalget totalt er omtrent halvparten (48 prosent) som ikke har deltatt aktivt i Tigris.

Tabell 4.2 Andel av respondenter fordelt på tjenester

	Prosent totalt	N
Jordmortjenesten/lege	11	13
Helsesøstertjenesten	39	45
Kommunalt rusarbeid	19	22
Barnevern	21	24
Andre tjenester	10	12
Total	100	116

Tabell 4.2 viser hvordan respondentene i spørreundersøkelsen fordeler seg på ulike tjenesteområder. Vi ser at jordmødrene utgjør den minste gruppen. Alle disse har vært aktive deltakere i Tigris. Den største gruppen er helsesøstrene, og av disse er det 45 prosent som har deltatt aktivt i Tigris. Blant respondentene fra barnevernet og rustjenesten er det 54 prosent som har vært aktive deltakere. Ser vi bort fra jordmødrene, viser dette at det er en forholdsvis jevn fordeling mellom aktive deltakere og ikke-deltakere innenfor de ulike tjenestene.

I gjennomgangen av resultatene fra spørreundersøkelsen benytter vi oss av to bakgrunnsvariabler. Den ene skiller mellom deltakere og ikke-deltakere. Med deltakere menes her respondenter som enten har vært med på undervisning i regi av Tigris og/eller deltatt i ressursgruppen. Ikke-deltakere utgjør således alle andre, herunder også medarbeidere som har deltatt i internundervisning eller liknende opplæring i regi av medarbeider som har deltatt i Tigris. Den andre bakgrunnsvariabelen er tjeneste. Her skiller vi primært mellom de fire kjernetjenestene i Tigris, dvs. jordmor, helsestasjon (helsesøstre), kommunal rustjeneste og barnevern. I tillegg har vi en gruppe med andre tjenester. Dette er en liten og sammensatt gruppe som bl.a. består av representanter for psykiske helsetjenester, familieenheter, barnehager og sykehus. Fordi gruppen er så sammensatt, har vi utelatt denne når vi sammenligner tjenestene.

I tillegg til spørreundersøkelsen bygger evalueringen av Tigris på intervjuer i fem case-kommuner. Fire av disse hadde gjennomført Tigris på undersøkelsestidspunktet. I disse ble det gjennomført personlige intervjuer med de fire kjernetjenestene i Tigris, dvs. jordmor, helsesøster, barnevern og rustjenesten. I alt er det gjennomført 16 intervjuer i disse kommunene. Den siste case-kommunen var i ferd med å gjennomføre Tigris på undersøkelsestidspunktet. Her ble det først gjennomført personlige intervjuer med deltakerne i referansegruppen i starten av evalueringen. Videre ble arbeidet i ressursgruppene fulgt gjennom deltakende observasjon. Til slutt ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med alle deltakerne i ressursgruppen på slutten av evalueringsperioden. Totalt ble det gjennomført fem individuelle intervjuer og to fokusgruppeintervjuer i denne kommunen. I alt bygger dermed evalueringen på 21 personlige intervjuer og to fokusgruppeintervjuer. I tillegg til intervjuene med case-kommunene er det også gjennomført intervjuer og samtaler med prosjektleder ved KoRus-Sør.

Det bør her opplyses om at erfaringene og historiene som fremkommer i evalueringen, ikke nødvendigvis er avgrenset til case-kommunene. I flere av kommunene har informantene erfaringer fra flere kommuner enn de aktuelle case-kommunene. I de tilfellene det har vært relevant å trekke inn informantens erfaringer fra andre kommuner, har vi opplyst om dette i teksten. I enkelte tilfeller har vi også fordreid historien noe for å unngå identifisering. Dette dreier seg imidlertid kun om mindre endringer uten at historien i seg selv endres.

## 4.2 Kunnskapsbasene

---

Formålet med denne delen er å belyse nærmere hvordan kunnskapsbasene i Tigris er utformet og gjennomført. Med kunnskapsbasert menes de virkemidlene som inngår i Tigris og som har til formål å tilføre kunnskap, kompetanse og systemer omkring rus og rusrelatert arbeid i deltakerkommunene. Konkret dreier dette seg om kurssamlinger for deltakerne i Tigris, en handlingsveileder utarbeidet av KoRus-Sør, ressursgrupper som etableres i hver av deltakerkommunene, og prosjektlederens veilederrolle. Disse virkemidlene vurderes dels på bakgrunn av spørreundersøkelsen og del med utgangspunkt i erfaringene fra case-undersøkelsene.

### 4.2.1 Kurssamlingene

En sentral del av Tigris er kurssamlingene som avholdes i løpet av prosjektperioden på 1,5 år. Dette er fellessamlinger hvor Tigrisdeltakerne fra alle kommunene er representert. Ifølge statusrapportene har det vært fra 30 til 60 deltakere på samlingene. For den første puljen med kommuner, ble det arrangert 5 kurssamlinger av 1-2 dagers varighet, og for de to siste puljene ble det arrangert 4 kurssamlinger av 2 dager. Temaene på kursene har vært noe ulike for de ulike puljene. Det er likevel noen hovedtema som har vært gjennomgående for alle puljene. Dette dreier seg om:

- Rusrelaterte skader på foster og barn
- Rusmiddelbruk i et barne- og familieperspektiv
- Tilknytning, tidlig samspill og foreldrefunksjonen
- Barrierer, dilemmaer, holdninger og utfordringer i det rusrelaterte arbeidet

Etter den første runden med kommuner i 2006-2007 ble det ifølge statusrapporten også lagt inn en hel undervisningsdag om implementering og videreføring av erfaringer ut over prosjektperioden.

Et gjennomgående inntrykk er at deltakerne i Tigris opplever at den kunnskapen som formidles på kursene er både relevant og nyttig. Informantene gir også uttrykk for at kunnskapen ble formidlet på en god måte av foreleserne. I tillegg er det flere som også peker på at arenaen i seg selv ga faglig utbytte i form av mer uformelle samtaler og diskusjoner. Med andre ord kan vi trekke frem tre positive egenskaper ved seminaret:

- Relevant og interessant faglig innhold
- Dyktige forelesere
- Hensiktsmessig arena

Nærmest samtlige av informantene i case-kommunene viser til at det faglige innholdet var relevant og interessant. Riktignok varierer det noe mellom ulike deltakere, og det er jordmødrene og helsesøstrene som opplever at seminarene i størst grad gir ny kunnskap. En av helsesøstrene uttrykker dette på følgende måte:

*«Det var veldig relevant og det var flinke folk som formidlet. Det var vi samstemte om at var bra. Det med skadevirkninger er veldig relevant fordi vi alltid etterlyser kunnskap på dette feltet.»*

På den andre siden har vi rustjenesten som opplever at mye av innholdet er kjent på forhånd. Men også blant medarbeiderne i rustjenesten vises det til at seminarene har nytteverdi. For det første trekkes det frem betydningen av oppfriskingen, noe som har sammenheng med behovet for «å få impulser» i den praktiske hverdagen. Dette omtales som at man enten vil styrke eller justere eksisterende kunnskap, forståelse eller perspektiver. Med andre ord kan vi si at den eksplisitte kunnskapen gir nye impulser til den tause kunnskapen. En ruskonsulent med mange års erfaring uttrykker det slik:

*«Vi fikk et veldig bredt grunnlag og en brei forståelse av problemet, ikke bare det at man ikke skal drikke når man er gravid. Det var mer med skadevirkninger og sånne ting som var veldig bra altså.»*

## 4.2.2 Handlingsveilederen

I tillegg til seminarene, må handlingsveilederen også være å betrakte som en type eksplisitt kunnskap som skal danne grunnlag for kompetanseutviklingen i kommunene. Handlingsveilederen omhandler både felles rutiner for tverretattlig samarbeid og utdypende kapitler om svangerskapsomsorgen, helsesøstertjenesten, sosiale tjenester og barnevernet. Hvert av kapitlene inneholder ulike tema som verdigrunnlag i de ulike tjenestene, lovverk, samtaleteknikk, informasjon om rusmidler og rusens konsekvenser. Innholdet i handlingsveilederen vurderes av informantene som svært relevant og en aktuell kilde til informasjon. Dette gjelder både som kilde til lovverk, rutiner og samarbeidsrelasjoner.

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene svare på om de kjente til handlingsveilederen. I alt svarte 75 prosent at de kjente veilederen. Naturlig nok varierer svarene etter hvorvidt man deltok aktivt eller ikke i Tigris. Blant de som deltok aktivt svarer 90 prosent at de kjenner veilederen, mens tilsvarende for ikke-deltakerne er på 47 prosent. Det ser for øvrig ut som at de i barnevernet kjenner til veilederen dårligere enn i de øvrige tjenestene.

Blant de som kjenner handlingsveilederen var det videre 17 prosent som svarte at de ikke hadde benyttet seg av den. Det er videre 33 prosent som benytter den sjeldent, 24 som benytter den av og

til og 9 prosent benytter den ofte. Erfaringene fra intervjuene viser imidlertid at hyppigheten i bruken avhenger av hvor ofte man støter på aktuelle saker.

Inntrykket med intervjuene fra case-undersøkelsene bekrefter langt på vei resultatene i spørreundersøkelsen. Det betyr at handlingsveilederen er godt kjent blant deltakerne, men at den nok bare delvis må sies å være spredt ut til alle medarbeiderne. Med dette menes at den enten bare finnes hos de sentrale deltakerne i prosjektet og/eller at den er plassert et sted hvor den er tilgjengelig for alle i tjenesten, men at den ikke nødvendigvis benyttes aktivt i det daglige. Dette må dels forstås i lys av at det er begrenset med aktuelle saker som kommer opp, spesielt i mindre kommuner, men dels også at handlingsveilederen i det daglige blir én av flere typer veiledere eller skriftlige dokumenter medarbeiderne må forholde seg til. Som en av informantene hevder, betyr det i praksis at permen blir stående, mens det man tilegnet seg av kunnskap i kursperioden blir mer avgjørende for den daglige praksisen.

Samtidig er det også flere av informantene som viser til at handlingsveilederen benyttes mer aktivt. En forteller at den blir brukt som et oppslagsverk når det oppstår aktuelle situasjoner. Et annet eksempel er at den benyttes aktivt i opplæringsprosessen overfor medarbeidere generelt eller overfor nye medarbeidere. En tredje opplyser at den ble brukt til å videreutvikle rutinene i etterkant av Tigris-prosjektet. En fjerde forteller at de aktivt har benyttet samtaleteknikkene som er omtalt i permen. En femte viser også til at den benyttes som grunnlag for å oppdatere seg om andre tjenester når det oppstår samarbeidsrelasjoner mellom tjenestene.

Det er likevel et generelt inntrykk at permen først og fremst har sin praktiske funksjon i løpet av prosjektperioden og at den i ettertid blir brukt mer sporadisk. Det betyr også at den først og fremst fungerer som kilde til implementering av kunnskap i prosjektperioden og i mindre grad i etterkant. Her skal vi imidlertid ikke undervurdere veilederens betydning som oppslagsverk siden den inneholder mye juridisk stoff og andre praktiske og faglige anbefalinger.

### 4.2.3 Ressursgruppene

Ressursgruppen har vært en sentral arena for å utvikle kunnskap i Tigris. Med bakgrunn i erfaringer fra case-kommunene har denne vært benyttet til to formål. For det første har den vært en arena for å utvikle samarbeidsrutiner og for det andre en arena for å diskutere konkrete saker som går på tvers av tjenestene. Samtidig vil gruppen også være en arena for diskusjoner og samtaler, noe som innebærer at den også vil spille en rolle i å utvikle deltakernes kunnskap- og kompetanse om rus og rusrelatert problematikk. Ut over dette er tanken med ressursgruppen at den også skal fungere som en kunnskapsbase for andre i de involverte tjenestene, dvs. som et virkemiddel for å spre kunnskap.

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene først svare på et spørsmål om de kjente til ressursgruppen. Av alle respondentene svarte 3 av 4 bekræftende på dette. Blant de øvrige var det imidlertid en stor del som svarte blankt, noe vi har valgt å tolke som at de ikke kjenner til gruppen.

I undersøkelsen stilte vi videre spørsmål til de som kjente til ressursgruppen, om de hadde søkt råd eller veiledning fra noen av medlemmene i gruppen. Her svarte i alt 60 prosent at de hadde søkt råd eller veiledning. Det betyr at av alle respondentene (inkludert de som ikke kjente til ressursgruppen), er det 45 prosent som har mottatt råd eller veiledning.



Ikke overraskende er det først og fremst ikke-deltakerne som enten ikke kjenner til ressursgruppen eller som svarer at de ikke har søkt råd eller veiledning. Av alle ikke-deltakerne som svarte på undersøkelsen, var det kun 24 prosent som svarte at de hadde fått slik råd og veiledning, mens tilsvarende for deltakerne var 62 prosent.

Av de som svarte at de hadde mottatt råd eller veiledning fra ressursgruppen, oppga omtrent samtlige at råd eller veiledning hadde vært nyttig. I undersøkelsen ba vi den utdype hva som eventuelt hadde vært nyttig. Blant ikke-deltakerne er det to typer kommentarer som kommer frem. Den ene går ut på at ressursgruppen fungerer som en kompetansebase eller sparringspartner i konkrete saker som de aktuelle medarbeiderne sitter med. Følgende kommentarer illustrerer dette:

«Vet at de er der i tilfelle problematikken dukker opp.»

«Lærerikt, trygt og flott som sparringspartner»

«Får ryggdekning på at man gjør en riktig vurdering av bekymringen man har»

En annen type kommentar viser at medarbeiderne mer indirekte har fått råd og veiledning:

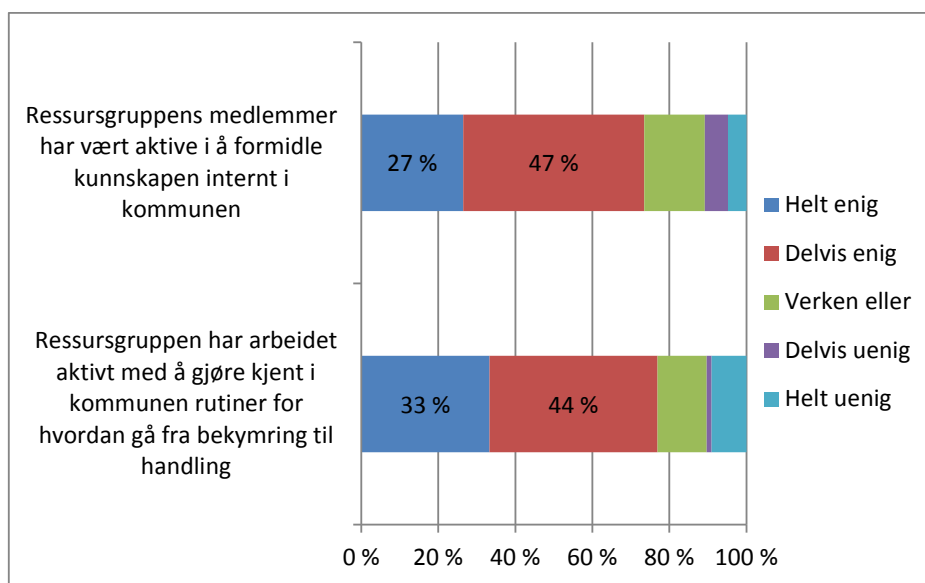
«Har mest diskutert med en kollega som sitter i ressursgruppen. Har ikke hatt saker direkte i ressursgruppen.»

«Har fått råd av min leder som jeg vet sitter i gruppen.»

Samtidig har vi også én respondent som svarer at det i liten grad har vært videreformidlet kunnskap fra ressursgruppen:

«Ingen nytteverdi for meg personlig - deltakere har ikke videreformidlet sin kunnskap eller motivert oss andre i tjenesten til å holde fokus på tema»

I spørreundersøkelsen ba vi også respondentene vurdere ressursgruppens rolle på flere områder, bl.a. hvorvidt gruppen hadde bidratt til å spre kunnskap generelt og rutiner for å ta opp rusrelaterte problemstillinger spesielt.



Figur 4.1 Vurderinger av ressursgruppens formidling av kunnskap og rutiner til øvrige medarbeidere i kommunen (N=87)

Figur 4.1 viser at de fleste er helt eller delvis enig i at ressursgruppen har vært aktiv i å formidle kunnskap internt i kommunen og rutiner for hvordan man går fra «bekymring til handling». Her må vi imidlertid ta hensyn til at det kun er de som har kjennskap til ressursgruppen som svarer på dette spørsmålet. Det er ellers klar forskjell mellom deltakerne og de ikke-deltakerne som svarer på dette spørsmålet. Blant ikke-deltakerne er det bare omtrent halvparten som svarer at de er helt eller delvis enige påstanden, og av disse igjen svarer de i all hovedsak at de er delvis enige.

I spørreundersøkelsen stilte vi også et åpent spørsmål om hva ressursgruppen kunne gjort annerledes med tanke på spredning av kunnskap og kompetanse. En kommentar som går igjen, er ressursgruppens rolle med å formidle informasjon og kunnskap internt i tjenestene:

*«Informert på avdelingsmøter, på andre arenaer og være engasjerte i tematikken slik at det ble en smitteeffekt.»*

*«Vi som ikke har vært direkte involvert i Tigris burde fått muligheten til å delta på kurs, fått informasjon osv.»*

Andre enkeltstående kommentarer går ut på ledelsens ansvar for å opprettholde samarbeidsrelasjonene, behovet for oppfrisking av kunnskapen og på det å styrke ressursgruppens rolle som arena for samarbeid om konkrete saker.

Kommentarene til de aktive medlemmene i tiltaket, dvs. de som enten har vært med i ressursgruppen og/eller deltatt på undervisningen, har et noe annet preg enn kommentarene til ikke-deltakerne. Blant disse ser vi at nytteeffekten i all hovedsak dreier seg om muligheten for å ta opp og drøfte: a) generelle problemstillinger, b) konkrete og problematiske saker og c) anonyme saker. Når det gjelder generelle problemstillinger, dreier dette seg om håndtering av ulike typer spørsmål på generelt grunnlag, f.eks. tolkning av regelverk eller prosedyrer. I tillegg går det frem av flere kommentarer nytteeffekten av å få andres synspunkter på en sak og betydningen slike drøftinger har på de beslutningene som fattes om vedtak, tiltak, meldinger og henvisninger. Følgende kommentar illustrerer dette:

*«Det å tenke høyt sammen med andre rundt en vanskelig sak har vært nyttig, samt å kunne belyse den fra flere perspektiv - ivareta helheten eller sammenhenger jeg ellers ikke hadde tenkt på. Jeg har også hatt anledning til å rådføre meg med ressursgruppen flere ganger gjennom en prosess med en vanskelig sak».*

I undersøkelsen kommer det også frem en del kommentarer til spørsmålet om hvordan ressursgruppen kan arbeide annerledes. Her er det tre sett av kommentarer som går igjen. Den første går ut på behovet for å revitalisere gruppen. Disse synes å gi uttrykk for at gruppen har liten eller ingen aktivitet. Den andre går ut på å styrke gruppens arbeid med å videreutvikle eller forbedre rutiner. Dette må ses i sammenheng med behovet for å revidere rutiner etter hvert som man høster erfaring med nye saker. Den tredje – og mest hyppige – kommentaren går ut på behovet for å spre informasjon om gruppens virksomhet. Her legges det bl.a. vekt på behovet for å spre kunnskap til nye medarbeidere og behovet for å friske opp informasjonen om gruppen og dens virksomhet. Følgende kommentar kan stå som eksempel på denne typen kommentarer:

*«Ressursgruppen bør gjøre seg bedre kjent ute i enhetene – holde bevisstheten om at ressursgruppen finnes oppe. Hvis det er mulig kunne de med fordel være mer offensive for å fange opp saker. Dette er et problemområde hvor det hersker mye usikkerhet når det kommer til stykket. Vi ser at når vi underviser, veileder informerer om ressursgruppens eksistens, så har det ført til at de som mottar undervisning/veiledning/informasjon får mot*

*til å ta tak i en sak de har vært usikker på. Derfor tenker jeg at hvis gruppen er mer offensiv så vil sannsynligvis flere fanges opp.»*

Resultatene fra spørreundersøkelsen sammenfaller langt på vei med erfaringene fra caseundersøkelsene. En generell problemstilling som synes å dukke opp etter at Tigris-programmet er over, er hvordan gruppens virksomhet skal videreføres. Dette spørsmålet skal vi komme nærmere inn på senere. I denne sammenheng er det imidlertid relevant å ta med at overgangen fra prosjektperioden hvor prosjektleder fra KoRus-Sør deltar, til ordinær virksomhet, synes å være kritisk. Dels dreier dette seg om at flere på dette tidspunkt vurderer ressursgruppens videre skjebne, og dels handler det om at man da gjerne er i en fase hvor det er behov for å formidle kunnskap og kompetanse ut til andre medarbeidere i tjenestene. Som vi skal se nedenfor, synes det som om den sistnevnte oppgaven kunne vært ivaretatt bedre.

#### 4.2.4 Veiledning av kommunene

Prosjektleder fra KoRus-Sør har først og fremst en rolle å spille i ressursgruppen. I praksis betyr det at prosjektleder deltar på alle ressursgruppemøtene i de deltakende kommunene, dvs. en gang i måneden. Ut over dette har prosjektleder også stått til disposisjon for råd og veiledning mellom ressursgruppemøtene.

Veilederrollen er i liten grad standardisert og tilpasses langt på vei situasjonen i den enkelte kommune. Det er heller ikke utarbeidet noen rutiner eller beskrivelser av veilederrollen, og rollen blir derfor bli utformet av den personen som til en hver tid har stillingen.

Et overordnet spørsmål her er om, og eventuelt hvilken rolle prosjektleder spiller for gjennomføringen av Tigris. I tilknytning til dette er det to mer praktisk rettede spørsmål som vi retter oppmerksomheten mot. Det ene er spørsmålet om hvor aktiv veilederen er og bør være. Det andre spørsmålet er med hva og hvordan skal den aktive rollen fylles.

Det er et mål at ressursgruppene skal være selvgående og at medlemmene selv skal ta ansvar for å drive gruppen og gruppearbeidet. Noe av den grunnleggende filosofien er derfor at prosjektleders rolle vil dermed dreie seg om å balansere mellom det å gi gruppen tilstrekkelig drahjelp og det å unngå å overta styringen av gruppen.

Det er minst tre måter veilederen kan bidra. For det første kan veilederen bidra med ren fagkompetanse og informasjon inn i gruppen. Dette vil f.eks. være kunnskap om rusens virkning, juridisk kunnskap eller kunnskap om samhandlingsprosesser. For det andre vil veilederen kunne bidra med erfaring fra tilsvarende grupper i andre Tigris-prosjekter. For det tredje vil veilederen kunne bidra som autoritet og ordstyrer i gruppeprosessen.

Balansegangen i ressursgruppen dreier seg i først rekke om å bidra med de to første punktene, og tone ned den siste. I og med at veilederen vil være en autoritetsperson i forhold til de to første punktene, vil den vanskelige balansegangen være å unngå at dette bidrar til at man i praksis også blir en autoritet som leder gruppen. Samtidig vil det å tone ned sin rolle som person i gruppen, for å unngå å ikle seg lederposisjonen, kunne begrense muligheten for å ivareta den faglige rollen.

Deltakerne i ressursgruppene gir gode tilbakemeldinger på den rollen veilederen har spilt. Det betyr at veilederen har klart å bidra faglig både med sakkunnskap og med erfaringer fra andre kommuner, uten å ikle seg en lederrolle i gruppen. Ifølge informantene er en viktig effekt av den

balanserte rollen, at deltakerne i ressursgruppene etter hvert får bedre eierskap til eget prosjekt. Samtidig er inntrykket at denne formen for balansegang bidrar til å skape noe usikkerhet i starten av prosessen, noe som igjen har sammenheng med forventninger om at veilederens tilstedeværelse også innebærer ledelse av gruppen. En av informantene uttrykker det på følgende måte:

*«Det som var litt uklart var i starten, for vi trodde hun skulle lede møtene. Så spurte hun hva vi ønsket med møtene, og da ble vi bare sittende der. Men så fylte hun etter hvert hullene med å fortelle hva de hadde gjort i andre kommuner. Etter det så har det tatt seg opp, for det er jo vi selv som skal ha de møtene. Men det skjønte vi ikke i starten.»*

Sitatet er et godt eksempel på det mange av informantene gir uttrykk for på spørsmålet om gjennomføringen av ressursgruppene. Enkelte mener i den sammenheng at det burde vært noe strammere regi i starten av perioden for å spare tid. Samtidig er det flere som opplever at det var nødvendig å gå gjennom en litt søkende start for at medlemmene skulle få eierskap til gruppen.

I spørreundersøkelsen stilte vi også et åpent spørsmål om veilederens rolle. Gjennomgående er svarene positive og samsvarer langt på vei med inntrykkene fra intervjuene. Kommentarene går i det store og hele ut på at veilederen ivaretok den faglige rollen på en god måte. Dette beskrives med begreper som faglig kompetent, tilgjengelig, pålitelig og stimulerende.

Samtidig er det flere som peker på prosjektlederens betydning etter at prosjektperioden var over. Enkelte kommentarer legger vekt på muligheten de har hatt for å ta kontakt med prosjektlederen i etterkant av prosjektperioden. Samtidig er det flere som peker på at veiledningen burde fortsatt ut over tiden på ett og et halvt år. Andre igjen mener det burde vært en oppfølging eller oppfrisking i ettertid. En uttrykker det på følgende måte:

*«Det er nå, flere år etter Tigris-prosjektet er ferdig, at vi trenger ny kompetanse, nytt faglig løft og ny giv for å fortsette.»*

*"[Dette dreier seg] ikke om hva veilederen [prosjektleder fra Ko-Rus] egentlig skulle gjort, men at vi selv skulle ha jobbet enda mer enn vi har gjort for å gjøre ressursgruppa kjent. Dette er også noe som må gjentas regelmessig - kommer stadig nye til som ikke kjenner tilbudet.»*

*«Det skulle ha vært sporadisk oppfølgerkontakt med forpliktelser en lengre periode etter at prosjektet var ferdig, som forpliktet kommunen til at ressursgruppen skulle være aktiv.»*

Disse utsagnene illustrerer at det kan være vanskelig å vedlikeholde kompetanse og rutiner. Dette må også ses i lys av at det for flere av kommunene har vært utfordrende å videreføre aktivitetene etter at prosjektperioden er over.

Det at noen etterlyser mer oppfølging fra KoRus-Sør i etterkant av Tigris-perioden, må også forstås i lys av at det nok varierer mellom kommunene hvorvidt de har lyktes i å drifte prosjektet videre i en eller annen form. I kjølvannet av dette vil det være flere aktuelle spørsmål som dukker opp. For det første vil det være et spørsmål om hvor langt KoRus-Sør sitt ansvar skal gå i å følge prosjektet videre. For det andre er det kan det stilles spørsmål om hvorvidt kommunens ledelse er tilstrekkelig bevisst sitt ansvar for å videreføre arbeidet uten støtte fra KoRus-Sør. For det tredje kan vi stille spørsmål om KoRus-Sør i prosjektperioden har lagt tilstrekkelig vekt på å veilede kommunene i hvordan de bør eller kan videreføre arbeidet etter at Tigris-perioden er over.

## 4.2.5 Oppsummering

I dette avsnittet har vi vurdert betydningen av de sentrale virkemidlene i Tigris, dvs. kurssamlingene, handlingsveilederen, ressursgruppen og prosjektlederens veiledning av kommunene.

Kurssamlingene har blitt gjennomført på ulike tidspunkt i prosjektperioden og har inneholdt tema om rus og rusrelaterte problemstillinger. Informantene gir uttrykk for å være godt fornøyde med disse samlingene, både de som har lite kunnskap fra tidligere og de som har mye kunnskap om rus. Temaene oppleves som både relevante og interessante, foreleserne opplevdes som dyktige og ikke minst legger informantene vekt på betydningen av at arenaen i seg selv ga muligheter for mer uformelle samtaler og diskusjoner.

Handlingsveilederen er en informasjonsperm som bl.a. inneholder juridiske og helsefaglige tema om rus. Undersøkelsen viser at det er 3 av 4 som kjenner til denne veilederen. Siden det kun er halvparten som svarer på undersøkelsen, må vi imidlertid anta at det i realiteten er en mindre andel av medarbeiderne i de aktuelle tjenestene som kjenner til veilederen. Dette har bl.a. bakgrunn i at de som ikke har deltatt aktivt i Tigris har mindre kjennskap til veilederen, samtidig som at disse også er underrepresentert i undersøkelsen. Blant de som ikke har vært aktive, er det i underkant av halvparten som sier de kjenner veilederen.

Det varierer også hvor aktivt veilederen benyttes i det daglige arbeidet. Veilederen synes å ha større betydning som en kunnskapsbase under prosjektperioden, mens den i ettertid i større grad benyttes som et oppslagsverk.

Av de som svarte på undersøkelsen, er det også 3 av 4 som kjenner til ressursgruppen. Av samme grunn som for handlingsveilederen, må vi anta at det er en lavere andel av alle medarbeiderne som kjenner til ressursgruppen. Samtidig må vi ta hensyn til at ressursgruppen slik den fungerte i prosjektperioden, er avvirket i flere av kommunene.

Ressursgruppen oppleves som nyttig for deltakerne, mens den for ikke-deltakerne er mindre nyttig. Bl.a. finner vi at det er langt færre av ikke-deltakerne som har søkt råd fra ressursgruppen enn det er blant deltakerne. De som har søkt slike råd opplever imidlertid rådene eller veiledningen som nyttig. Utover dette fremgår det også av undersøkelsen at flere etterlyser en revitalisering av gruppen generelt, styrke gruppens rolle med å videreutvikle eller implementere rutiner og ikke minst behovet for at gruppen bidra til å spre kunnskap. Disse kommentarene og erfaringene fra case-undersøkelsene for øvrig, viser at overgangen fra prosjekt til ordinær virksomhet er en kritisk fase for videreføringen av arbeidet med rus og rusrelaterte problemstillinger.

## 4.3 Kunnskapens relevans

---

I denne delen har vi kort redegjort for noen kontekstuelle forhold i de tjenestene som omfattes av Tigris. Dette dreier seg for det første om at kompetansen som tilbys i Tigris vil ha ulik relevans for de ulike tjenestene. Videre dreier det seg om hva slags kompetanse to av de sentrale tjenestene skal ha i forhold til det å identifisere rusbruk eller misbruk. For det tredje pekes det på at målgruppen for Tigris er en heterogen og sammensatt gruppe som innbefatter grupper med både skjult og åpen bruk av rus. De to siste punktene peker dessuten på at det ikke nødvendigvis er sammenfall mellom de ambisjonene som ligger i Tigris og tjenestenes definering av egen rolle.

### 4.3.1 Hvilken kompetanse er relevant for hvem?

De ulike tjenestenes roller tilsier at den kunnskapen som formidles fra Tigris vil ha ulik relevans, vekt eller betydning for de ulike tjenestene. For barnevernet og rustjenesten vil deler av kompetansen være mindre relevant, samtidig som de på andre områder innehar egen spesialkompetanse som anvendes til daglig. F.eks. vil det være mindre relevant for rustjenesten å ha kompetanse i å samtale med barn om rus, mens de samtidig vil ha spesialkompetanse på det å kartlegge rusbruk eller avdekke rusmisbruk og samtale omkring rus med voksne. For barnevernet er det tilsvarende mindre relevant å forholde seg til gravide rusmisbrukere (fordi det ikke er deres ansvarsområde), mens de har spesialkompetanse på det å samtale med barn om omsorgssituasjon, herunder også foreldres rusbruk. Dette forholdet gjenspeiler seg også i intervjuene med de to tjenestene. En fra rustjenesten uttrykker det på følgende måte:

*«Mye gikk jo på den vanskelige samtalen [på kursene], men det er vi i rustjenesten drillet på. I rusopplæringen generelt er den vanskelige samtalen tema, pluss det med kommunikasjon og motiverende intervju. Det har hele rusgruppa tatt kurs i og det er metodikk vi behersker.»*

For barnevernet og rustjenesten vil derfor kompetansetilførselen på den ene siden dreie seg om å få oppdatert egen spesialkunnskap, og på den andre siden tilegne seg kunnskap – men ikke nødvendigvis praktisk kompetanse – om de områdene der andre tjenester har et hovedansvar. Det å tilegne seg kunnskap om andres virksomhetsområder, vil ha begrenset betydning for egen virksomhet, men vil være av vesentlig betydning for samarbeidet mellom tjenestene. F.eks. kan det være nyttig for barnevernet å kjenne til situasjonen rundt gravide rusmisbrukere, ikke fordi dette nødvendigvis er en kompetanse de trenger i sitt daglige virke, men mer som en forutsetning for å ha et samarbeid med jordmortjenesten, et samarbeid som bygger på forståelsen av jordmors tenkemåte, handlinger, virkemidler og ikke minst begrensninger. Men kunnskapen om jordmors virksomhet kan også ha en mer direkte relevans for barnevernets egen virksomhet, f.eks. i bevisstgjøringen omkring utformingen av bedre og mer hensiktsmessige tiltak etter fødsel og med tanke på å bli bevisst sin egen meldeplikt vedrørende gravide rusmisbrukere.

Det er likevel ett tema som verdsettes som spesielt nyttig både i rustjenesten og i barnevernet. Det er den vitenskapelige kunnskapen om rusens konsekvenser for fosteret og rusens konsekvenser i familien. Selv om flere peker på at de har mye av denne kunnskapen fra før, viser samtidig de fleste til at de fikk nyttig og oppdatert kunnskap på dette området.

*«Det var veldig nyttig og relevant ... for vi har godt av en oppfrisking. Men helt nytt er det ikke. Siste kurset hadde vi om skadevirkninger på fostret og det var nok noe vi ikke viste så mye om fra før.»* (medarbeider i rustjenesten)

En forklaring på at dette temaet oppfattes som spesielt nyttig i alle tjenestene, kan være at formidlingen av denne kunnskapen til tjenestenes brukere oppleves å ha en direkte effekt på deres atferd. En av informantene fra barnevernet uttrykker det slik:

*«Det mest nyttige var kunnskapen om hva rusen gjør i en familiesituasjon og for foreldrefunksjonen. Dette er foreldrene lydhøre for.»*

Konteksten hos jordmødrene og helsesøstrene er annerledes enn hos barnevernet og hos rustjenesten. For disse tjenestene vil Tigris dreie seg om å tilegne seg både kunnskap om rus (know-what) og kompetanse i håndtering av temaet rus og rusrelaterte saker i praksis (know-how). Til forskjell

fra rustjenesten og barnevernet, vil disse temaene ikke nødvendigvis ha vært en del av virksomhets før Tigris-prosjektet.

Potensialet til kompetansedelen i Tigris vil derfor være større innenfor disse tjenestene enn innenfor barnevernet og rustjenesten. På spørsmål om nytten av kompetansen på Tigris-samlingene, illustrerer følgende sitater fra henholdsvis rustjenesten og en jordmor dette poenget:

*«Temaene var for så vidt kjent for meg for jeg har jobbet mye med barn og gravide uavhengig av Tigris. ... Egentlig var det derfor lite nytt. Men det er viktige tema. De andre har nok hatt masse aha opplevelser.»* (medarbeider i rustjenesten)

*«Jeg synes den kompetansen jeg fikk i Tigris var helt avgjørende for å mestre jobben her. Jeg kunne selvfølgelig tilegnet meg dette på annet vis også, men nå fikk jeg handlingsveilederen og visste hvilke verktøy jeg skulle bruke. Så for min del har det vært veldig nyttig for å mestre jobben.»*(jordmor)

Forskjellen mellom barnevernet og rustjenesten på den ene siden, og jordmor og helsesøstre på den andre, viser at potensialet for kompetanseheving er størst hos de to sistnevnte tjenestene. Samtidig er det rimelig å anta at det for jordmor og helsesøstre er størst utfordringer med å implementere kunnskapen i mer praktisk anvendbar kompetanse. Dels har dette sammenheng med at kunnskapsområdet er nytt, spesielt blant helsesøstre, og dels fordi ambisjonene i Tigris ikke bare er å lære om rus, men også anvende lærdommen i en praktisk hverdag. I den sammenheng kan det også se ut som at Tigris rører ved mer grunnleggende filosofi i helsesøstre og jordmødrenes fagtradisjon.

### 4.3.2 Hva slags kompetanse skal jordmor og helsestasjonen ha?

Det fremgår av intervjuene med helsesøstre og jordmødrene at det er ulike oppfatninger omkring deres rolle eller metodikk i forhold til rus. Den ene oppfatningen – som for øvrig ser ut til å være i tråd med tjenestens tradisjoner – er at de primært skal informere om eller ha samtaler om rus og rusens skadevirkninger med tjenestemottakerne. Følgende sitat illustrerer den første oppfatningen:

*«Nei, vi som helsestasjon har ikke tenkt at vi skal kartlegge rusproblematikk. I utgangspunktet er det viktig for oss å gi foreldrene opplysninger om at de kan ta opp problemer med oss, og at vi kan hjelpe videre. Vår rolle er først og fremst å koble på andre instanser. Jeg har ikke tenkt at helsestasjonens primærøppgave er å kartlegge rusproblemer hos de voksne. Men bekymring for barns utvikling kan jo skyldes rusproblemer på linje med andre ting.»*

Sitatet kan tolkes dithen at det her – som i barnevernet – er barnet som er gjenstand for tjenestens virksomhet. Foreldrene blir en del av barnets omgivelser og det er bare dersom det er bekymring for barnet, at foreldrenes eventuelle rusproblemer blir relevant. Men samtidig impliserer ikke dette noen systematisk kartlegging eller identifisering av skjult rusmisbruk, noe følgende informant uttrykker:

*«Vi har ikke noe systematisk kartlegging av rusproblematikk under konsultasjonene. Vi vil i så fall være avhengig av at foreldrene selv forteller. Vi ser jo ikke rusa foreldre på helsestasjonen, men hadde det luktet alkohol så hadde vi nok tatt tak i det.»*

En annen informant har også et noe reservert syn på det å ha ambisjoner om å identifisere rusmisbruk som foreldre enten fornekter eller holder hemmelig. Ifølge denne informanten er ambisjonene heller å ta for seg det økende normalkonsumet av alkohol i befolkningen:

*«Vi klarer nok ikke å avdekke alle som ruser seg, men det å komme med informasjon ... altså når vi ser på hva slags holdninger vi i dag har til alkohol og det at folk er vant til å ha rødvinen sin både fredag, lørdag og søndag, og at det har blitt en vane og akseptert i samfunnet, da kan vi ha en rolle å spille i forhold til det å snakke om alkohol og småbarn og om det å få et mer bevisst forhold til dette.»*

Sitatene over viser med andre ord at det å identifisere skjult rusmisbruk ikke anses å være et mål i seg selv. Satt på spissen kan vi si at det å avdekke rusmisbruk, forutsetter at slike opplysninger kommer frem gjennom samtalen eller at det er synlige tegn hos barnet som gir bekymring.

Denne oppfatningen deles ikke nødvendigvis av alle. Som vi skal komme inn på senere, er det flere som går langt i å beskrive aktive metoder for å avdekke misbruk. Samtidig er inntrykket at dette er et noe fremmed og ukjent landskap å begi seg inn i, spesielt for helsesøstrene, men også blant jordmødrene. Det er med andre ord ikke slik at det nødvendigvis hersker to helt ulike oppfatninger om helsesøstrene og jordmødrenes rolle. Det synes heller å være slik at medarbeiderne ved helsestasjonen i større – men også i varierende – grad er villige til å gå dypere inn i ulike saker enn det de tradisjonelt har gjort.

Dette må tolkes slik at helsesøsterens rolle i utgangspunktet dreier seg om å informere og samtale om familiens utfordringer, og at det er opp til tjenestemottakeren selv å be om hjelp i kjølvannet av samtalen. Innenfor denne rolleforståelsen går ikke helsesøstrene lengre med å avdekke rus eller andre problemstillinger enn det som kommer fram gjennom samtale og refleksjon. Men som nevnt synes denne modellen å bli utfordret av en mer proaktiv rolle der helsesøster eller jordmor er mer aktive i å identifisere ulike problemområder og bistå i et større omfang enn gjennom den tradisjonelle veiledningen. Nedenfor skal vi komme nærmere inn på hva slags metoder dette dreier seg om. Samtidig vil vi også peke på det tillitsdilemmaet som denne endringen i rolleforståelsen kan medføre, og som sannsynligvis bidrar til at enkelte reserverer seg mer enn andre.

De ulike oppfatningene av hva som er helsestasjonens rolle, vil også ha betydning for hva slags kompetanse man anser som mer eller mindre relevant for ens egen tjeneste. Det er først og fremst blant helsesøstrene, men også blant jordmødrene, vi ser at det er størst reservasjon mot aktivt å avdekke rusmisbruk eller andre rusrelaterte problemer.

### 4.3.3 Målgruppene for det kommunale rusarbeidet

Før vi går nærmere inn på de ulike spørsmålene om det å samtale om rus og det å identifisere problematisk rusadferd, kan det også være hensiktsmessig å beskrive ulike grupper brukere eller misbrukere av rus. Dette for å bedre forstå både potensialet og de utfordringene som spesielt jordmødrene og helsesøstrene står overfor.

Basert på beskrivelser fra ulike informanter, kan vi skille mellom minst fem grupper brukere/misbrukere. Den største gruppen er de som har et normalt forhold til rus og der jordmor/helsesøster gir råd og veiledning om bruk av rus under graviditet og i småbarnsperioden. Erfaringen er at de fleste følger rådene til jordmor om et totalavhold i graviditeten. Det som kan variere er holdningen til rus i småbarnsperioden. En annen gruppe er de som betrakter det «å drikke» som det å være beruset, mens det å f.eks. ta et glass alkohol til middag, ikke er å drikke. Med



andre ord oppfatter disse at det å konsumere alkohol, ikke nødvendigvis innebærer å drikke og at konsum av alkohol derfor ikke representerer noen fare. Denne gruppen vil således være spesielt relevant i forhold til jordmors informasjon om rusens skadevirkninger. I følge informantene finner vi blant disse bl.a. personer fra andre land med annen drikkekultur, høyt utdannede og/eller økonomisk velstående. En tredje gruppe er de som har et høyt rusbruk – gjerne i form av mye helgefyll – og som betrakter dette som normalt, og de holder det derfor ikke skjult. Dette dreier seg gjerne om unge mennesker som har lagt til seg vaner med å nyte mye alkohol i helgene. På samme måte som den forrige gruppen er dette personer som ikke nødvendigvis holder rusforbruket skjult. En fjerde gruppe er de som har et gjennomgående høyt rusforbruk/misbruk, som holder dette skjult og samtidig fornekker sitt høye forbruk eller misbruk. Denne gruppen er naturlig nok vanskeligere å identifisere. En femte gruppe er kjente rusmisbrukere, dvs. personer som enten er kjent av tjenestene eller som tidligere har vært til behandling eller fått bistand av rustjeneste, barnevern eller andre spesialisttjenester. Det er naturlig nok den første av de fem gruppene som er størst. Ifølge enkelte informanter er det imidlertid en økende andel som befinner seg i den andre og tredje gruppen. Omfanget av den fjerde gruppen vil det naturlig nok være usikkerhet omkring, siden dette er personer som holder rusforbruket skjult.

Når det gjelder medisiner og narkotiske stoffer, er det også ifølge informantene ulike grupper. Her vil man på samme måte som alkohol ha «yttergrupper» av ikke-brukere og tunge narkomane. Mellom disse nevnes minst to andre grupper: de som benytter ulovlige narkotiske stoffer sporadisk og de som benytter B-preparater utskrevet av lege. I begge disse tilfellene vil bruken av rusmidler normalt være ukjent for jordmor (eller helsestasjon) dersom den gravide selv ikke opplyser om det. Når det gjelder lovlig bruk av B-preparater, vil man eventuelt være avhengig av tett kontakt med fastlegen for å få opplysninger om bruk av slike preparater blant gravide.

#### 4.3.4 Oppsummering

I dette avsnittet har vi pekt på at kompetansen som formidles i Tigris har ulik relevans for de fire kjernetjenestene som er involvert. Både barnevernet og rustjenesten må i den sammenheng betraktes som spesialister på hvert sitt område, noe som innebærer at deler av kompetansen i Tigris allerede er kjent i disse tjenestene. Det å samtale om rus og identifisere rusrelaterte problemer vil – spesielt i rustjenesten, men også i barnevernet – være en del av den praktiske kompetansen disse tjenestene håndterer til daglig. Blant jordmødre og helsesøstre vil det derimot være mer av kompetansen som er ny og ukjent. Dette tilsier at kompetanseutfordringene i Tigris er større for disse tjenestene. Det fremkommer imidlertid at kunnskapen om rusens skadevirkninger er nyttig og relevant innenfor alle tjenestene. Nytteverdien dreier seg da dels om å få ny kunnskap og dels om å oppdatere den kunnskapen man allerede har.

I avsnittet har vi også tatt for oss spørsmålet om hva slags kompetanse jordmødre og helsesøstre skal ha i forhold til det å identifisere rusrelaterte problemer. Her sier vi at oppfatningene i tjenestene er noe ulike. På den ene siden finner vi de som er noe reservert mot å gå dypt inn for å identifisere rusrelaterte problemer. I utgangspunktet begrenser identifiseringen seg her til de som er åpne om sitt rusbruk/rusmisbruk. På den andre siden finner vi de som har utviklet og anvender ulike metoder for å identifisere skjult rusbruk eller rusmisbruk. De ulike oppfatningene av hvor langt jordmor og helsesøster skal gå i å aktivt identifisere rusbruk/rusmisbruk, vil også ha betydning for hva som anses å være relevant kompetanse for disse tjenestene.

Til slutt i dette avsnittet har vi også pekt på at det er nødvendig å skille mellom ulike målgrupper for Tigris-prosjektet. Når det gjelder alkohol skiller vi mellom fem ulike grupper. Dette innbefat-

ter grupper med både skjult og åpent bruk av rus eller rusmisbruk. I og med at målgruppen for Tigris også er de som har skjult rusbruk, ser vi at dette kan skape utfordringer i den forstand at ambisjonene om å identifisere disse gruppene møter fagtradisjoner innenfor jordmor- og helsesøstertjenesten som reserverer seg mot å aktivt avdekke disse gruppene.

## 4.4 Kunnskap og implementering av kompetanse

---

### 4.4.1 Innledning

En sentral del av Tigris er å tilføre fagpersonell i deltakerkommunene kompetanse på minst tre områder. For det første gjelder dette kunnskap om rusmidlers konsekvenser under graviditet og i sped- og småbarnsperioden. For det andre gjelder det kompetanse i å samtale eller informere om rusens virkning og bruk av rusmidler. For det tredje gjelder det kompetanse i å identifisere rusrelaterte problemer hos gravide eller småbarnsforeldre.

Et av formålene med evalueringen er å belyse hvorvidt Tigris har bidratt til å øke kunnskapen eller kompetansen på disse tre områdene. I mandatet til evalueringen stilles det følgende spørsmål:

- Hvordan er kunnskap om rusmidlers konsekvenser under graviditet og i sped- og småbarnsperioden blant aktuelle fagpersonell i kommunen?
- Blir temaer knyttet til rusmidlers skadevirkninger under graviditet og i sped- og småbarnsperioden tatt opp i samtaler med gravide og småbarnsforeldre?
- Blir kompetansen tatt i bruk og eventuelt hvordan?
- I hvilken grad blir kunnskapen som ligger i prosjektene omgjort til praktisk kompetanse og endret adferd i tjenestene?

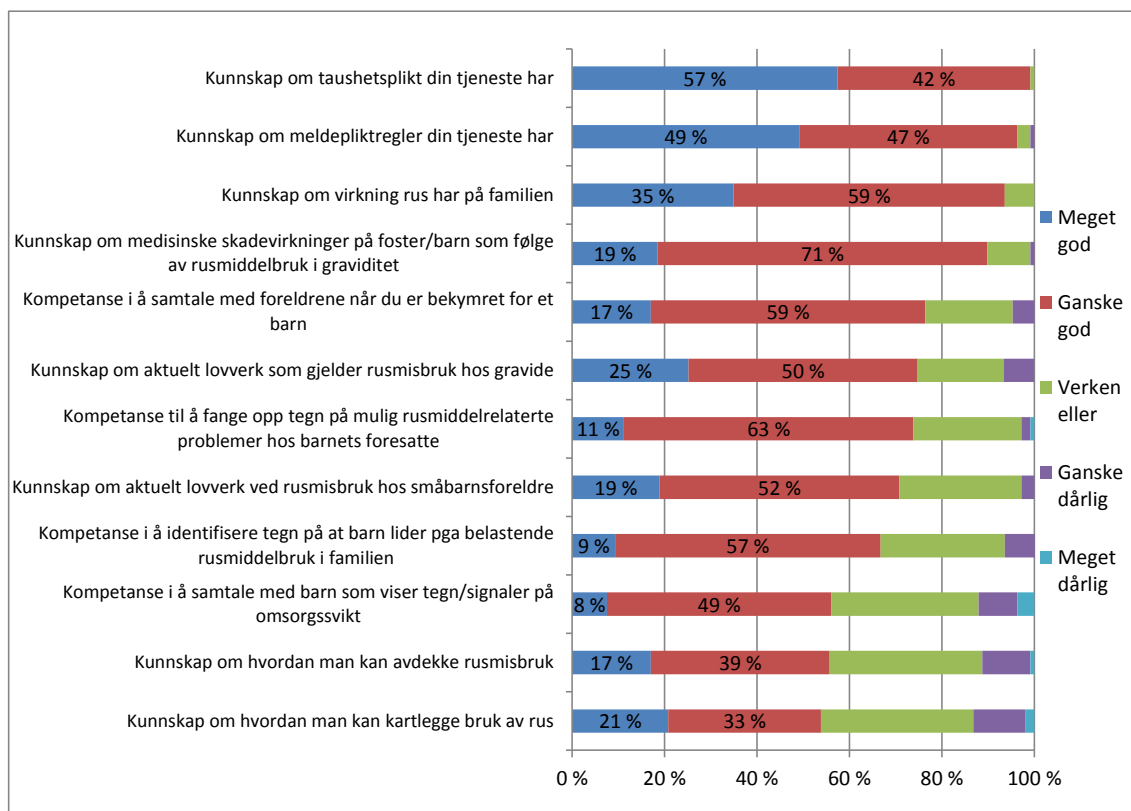
I den første delen av dette avsnittet har vi belyst hva slags kunnskap medarbeiderne i de ulike tjenestene har om rusens virkning og hva slags kompetanse de har omkring håndtering av rusrelaterte problemstillinger. I den andre delen ser vi nærmere på i hvilken grad kunnskapen implementeres i praktisk anvendbar kompetanse, dvs. i form av samtaler om rus med gravide eller identifisering av saker som bekymrer. I den tredje delen stiller vi spørsmålet om og i hvilken grad Tigris har bidratt til kunnskaps- og kompetanseheving i de medvirkende kommunene. I den fjerde delen tar vi opp spørsmålet om spredningen av kompetansen fra prosjektet og ut til alle medarbeiderne i de kommunale tjenestene.

### 4.4.2 Har tjenestene kunnskap og kompetanse på rus?

I dette avsnittet har vi sett nærmere på hva slags kunnskap medarbeiderne i Tigris-kommunene har om rusens skadevirkninger, hvilken kompetanse de har på å samtale om rus samt det å identifisere tegn på rusrelaterte problemer. I tillegg til disse tre temaene belyses det også hva slags juridiske kunnskaper medarbeiderne har i forhold til rus og rusrelaterte problemstillinger. Vi kommer også inn på spørsmålet om hvilke rolle eller oppgave de ulike tjenestene skal ha og dermed hvilken kunnskap eller kompetanse som forventes av dem. For å belyse disse spørsmålene har vi benyttet oss av både svarene fra spørreundersøkelsen til deltakerne og kvalitative intervjuer.

I spørreskjemaet til respondentene stilte vi spørsmål om deres opplevde kunnskap eller kompetanse i forhold til følgende fire typer spørsmål: kompetanse om rusens skadevirkninger (på fos-

ter/barn og familie), kompetanse i å samtale med barn om rus, kompetanse i å avdekke rusrelater- te forhold og juridisk kompetanse (taushetsplikt og meldeplikt).



Figur 4.2 Medarbeidernes vurdering av hvor god eller dårlig kunnskap eller kompetanse de selv mener å ha om ulike forhold ved rusbruk og rusrelaterte problemstillinger (N=103-106).

Figur 4.2 viser at en stor del av respondentene opplever å ha god kunnskap/kompetanse på flere av områdene. Best kunnskap ser det ut til at respondentene har om juridiske forhold (taushets- og meldeplikt) samt om rusens medisinske skadevirkninger og virkning på familien. Minst kunnskap synes det å være på det å avdekke eller kartlegge rusbruk/-misbruk, identifisering av tegn på at barn lider samt i forhold til det å samtale med barn som viser tegn på omsorgssvikt.

På spørsmålene om taushetsplikt og meldepliktbestemmelsene er det nært opp til samtlige som svarer at de har god kompetanse. Derimot ser vi at det er noe færre som svarer at de har god kompetanse på lovverk som gjelder rusmisbruk blant gravide og småbarnsforeldre. Dette må imidlertid forstås i lys av at dette lovverket ikke er like relevant for alle respondenter, noe vi kommer nærmere inn på nedenfor.

Figuren viser også at de aller fleste opplever å ha god kunnskap om rusens virkning på familien og på medisinske skadevirkninger på fostret. I det første tilfellet er andelen som svarer at de har god kompetanse 94 prosent og i det andre tilfellet 90 prosent. Samtidig ser vi at det er relativt få som svarer at kompetansen er meget god. F.eks. er det bare 20 prosent som svarer de har meget god kompetanse om de medisinske skadevirkningene.

Resultatene er noe blandet når det gjelder samtale med barn eller voksne omkring rusrelatert problematikk. Noe overraskende er det en klart større andel som svarer at de har god kompetanse i å samtale med foreldre ved bekymring (74 prosent) sammenlignet med det å samtale med barn (57 prosent). Dette kan imidlertid ha sammenheng med at det både innenfor rustjenesten og

hos jordmor ikke er like aktuelt å ha samtaler med barn som det vil være i barnevernet eller på helsestasjonen.

Kompetansenivået oppleves som mindre godt når det gjelder identifisering av rusmisbruk og kompetanse på å samtale om rusens virkninger. F.eks. ser vi at det bare er noe over halvparten av respondentene som oppgir at de har god kompetanse på det å avdekke rusmisbruk eller kartlegging av rusbruk. Samtidig ser vi at det er en noe større andel – omtrent 2 av 3 – som svarer at de har god kompetanse på å identifisere tegn/signaler på at barn lider på grunn av foreldres rusmisbruk.

Tabell 4.3 Egenvurdering av egen kunnskaps- eller kompetanse fordelt på aktive deltakere i Tigris og medarbeidere som ikke har deltatt. Prosent-skåre 0-100 % (N=106-109).

	Del-takere	Ikke-deltakere	Diffe-ranse
Kunnskap om aktuelt lovverk som gjelder rusmisbruk hos gravide	81 %	62 %	19 %
Kunnskap om hvordan man kan kartlegge bruk av rus	73 %	54 %	18 %
Kompetanse om medisinske skadevirkninger på foster/barn som følge av rusmiddelbruk i graviditet	82 %	70 %	13 %
Kompetanse i å identifisere tegn på at barn lider pga belastende rusmiddelbruk i familien	73 %	60 %	12 %
Kunnskap om hvordan man kan avdekke rusmisbruk	70 %	58 %	12 %
Kompetanse til å fange opp tegn på mulig rusmiddelrelaterede problemer hos barnets foresatte	75 %	64 %	10 %
Kunnskap om aktuelt lovverk ved rusmisbruk hos småbarnsforeldre	76 %	66 %	10 %
Kunnskap om meldepliktregler din tjeneste har	90 %	82 %	8 %
Kunnskap om virkning rus har på familien	86 %	78 %	8 %
Kompetanse i å samtale med foreldrene når du er bekymret for et barn	75 %	69 %	6 %
Kunnskap om taushetsplikt din tjeneste har	91 %	87 %	4 %

Tabell 4.3 viser forskjellen i egenvurdert kunnskap/kompetanse mellom de som har deltatt aktivt i Tigris-programmet og de som ikke har deltatt. I tabellen har vi regnet om svarene til en prosent-skår som går fra 0-100. På denne skalaen vil verdien 0 bety at samtlige respondenter svarer «meget dårlig kompetanse» og 100 betyr at alle svarer «meget god kompetanse». En prosent-skår på 50 betyr en jevn fordeling av svarene på de fem kategoriene. De ulike temaene er rangert i forhold til størrelsen på forskjellen mellom deltakere og ikke deltakere.

Tabellen viser at kunnskapen/kompetansen oppleves som å være bedre blant deltakerne (de som har deltatt i enten ressursgruppen og/eller undervisningsdelen) sammenlignet med ikke-deltakerne. Forskjellene varierer imidlertid en god del mellom de ulike temaene. Størst er forskjellen mellom deltakere og ikke-deltakere når det gjelder lovverket rundt gravide rusmisbrukere og kunnskap om kartlegging av rusbruk. Ellers ser vi at det er små forskjeller mellom deltakere og ikke deltakere når det gjelder kompetanse i å samtale med foreldre og kunnskap om taushetsplikt. Til tross for disse forskjellene, er det likevel slik at en stor del av ikke-deltakerne også opplever å ha god kompetanse. Dette gjelder spesielt i forhold til reglene om taushetsplikt og meldeplikt samt virkning-er/skadevirkninger av rus på foster/familie.

Tabell 4.4 Egenvurdering av egen kunnskaps- eller kompetanse fordelt på de ulike kjernetjenestene i Tigris. Prosent-skåre 0-100 % (N=106-109)

	Jordmor	Helse- stasjon	Rus- tjeneste	Barne- vern
Kompetanse om medisinske skadevirkninger på foster/barn som følge av rusmiddelbruk i graviditet	<b>85 %</b>	76 %	74 %	75 %
Kunnskap om aktuelt lovverk som gjelder rusmisbruk hos gravide	<b>83 %</b>	<u>67 %</u>	<b>87 %</b>	73 %
Kompetanse i å fange opp tegn på mulig rusrelaterte problemer hos barnets foresatte	73 %	<u>66 %</u>	75 %	74 %
Kompetanse i å samtale med barn som viser tegn/signaler på omsorgssvikt	<u>50 %</u>	66 %	<u>52 %</u>	<b>73 %</b>
Kompetanse i å samtale med foreldrene når du er bekymret for et barn	<u>59 %</u>	71 %	70 %	<b>82 %</b>
Kunnskap om hvordan man kan kartlegge bruk av rus	75 %	<u>60 %</u>	<b>83 %</b>	<u>57 %</u>
Kunnskap om hvordan man kan avdekke rusmisbruk	67 %	<u>59 %</u>	<b>86 %</b>	<u>60 %</u>

Det er også klare variasjoner i opplevd kompetanse mellom tjenestene. For å illustrere dette har vi i tabellen over markert de temaområdene hvor det er størst forskjeller mellom tjenestene. Tabellen inneholder de samme prosent-skårene som i tabellen for deltakere/ikke-deltakere.

Jordmortjenesten skiller seg positivt ut både med hensyn til kompetanse om skadevirkninger, lovverk vedrørende gravide og dels i forhold til kartlegging av rusbruk. En lav skåre på de to spørsmålene som angår samtale med hhv. barn og foreldre ved bekymring for barn, må forstås i sammenheng med at spørsmålene er mindre relevant for jordmortjenesten.

Helsesøstrene skiller seg negativt ut på fire av spørsmålene. Dette gjelder lovverk om gravide, det å fange opp tegn på mulige rusrelaterte problemer, kartlegging av rusbruk og avdekking av rusmisbruk. Det at helsesøstrene skårer lavere enn jordmødrene må forstås i lys av at det blant helsesøstrene er en stor del som ikke har deltatt aktivt i Tigris. En forklaring på de lave skårene hos helsesøstrene vil med andre ord være at kunnskapen ikke er spredt i like stor grad som hos jordmødrene. Det er også naturlig at helsesøstrene skårer lavere enn rustjenesten siden denne kompetansen må betraktes som rustjenestens spesialområde. En annen generell forklaring vil derfor være at kunnskapsnivået hos helsesøstrene er relativt lavt som følge av at de er generalister – i motsetning til rustjenesten – og at rus kun er ett av flere kompetanseområder de skal beherske. Ut over de to nevnte forklaringene er inntrykket fra case-undersøkelsene at rus i varierende grad har vært på dagsorden hos helsesøstrene før Tigris. Med andre ord vil en tredje forklaring på de lave skårene hos helsesøstrene være at temaet er forholdsvis nytt for flere av helsesøstrene enn det er for de øvrige tjenestene. Som vi skal komme inn på senere, er det spesielt oppgaven med å identifisere rusrelaterte problemer som helsesøstertjenesten i varierende grad har erfaring med.

Rustjenesten skiller seg positivt ut i forhold til tre av spørsmålene. Dette gjelder lovverket knyttet til gravide rusmisbrukere og de to spørsmålene om kartlegging av rusbruk og avdekking av rusmisbruk. Disse resultatene er som forventet i og med at dette må anses å være rustjenestens spesialområde. Den lave skåren når det gjelder samtale med barn, må forstås i lys av at rustjenesten primært forholder seg til voksne og voksne gravide.

Barnevernet skiller seg som forventet positivt ut i forhold til spørsmålet om å samtale med foreldre vedrørende bekymring for barn. Det er derimot noe mer overraskende at barnevernet skårer lavere

når deg gjelder spørsmålene om kartlegging av rusbruk og avdekking av rusmisbruk. Dette kommer vi nærmere tilbake til nedenfor.

Svarene fra spørreundersøkelsen gjenspeiler også det generelle inntrykket fra intervjuene. Informantene opplever å ha god kompetanse om rusens virkning og om relevant lovverk på feltet. På samme måte som figuren over viser, er det derimot mer usikkerhet når det gjelder kompetansen i å kartlegge rusbruk eller avdekke rusmisbruk samt det å gjennomføre samtaler om temaet med barn eller foreldre. Forskjellene i resultatene må imidlertid forstås i lys av at de to første områdene – skadevirkninger og juss – langt på vei dreier seg om å inneha kunnskap (know-what), mens det å avdekke rusmisbruk eller ha samtale om temaet langt på vei dreier seg om å inneha en kompetanse (know-how).

Det kan her være hensiktsmessig å trekke et skille mellom jordmor og helsesøster på den ene siden og barnevern og rustjenesten på den andre siden. Dette fordi mye av tematikken rundt de kunnskaps- og kompetanseområdene som Tigris formidler, vil være en del av kjernekompetansen til spesielt rustjenesten, men også barnevernet. Samtidig må disse to tjenestene – i det minste i denne sammenheng – betraktes som en slags andrelinjetjeneste, noe som innebærer at de har sine respektive spesialområder på situasjoner før og etter barnets fødsel. For jordmor og helsestasjonen er situasjonen annerledes. I disse tjenestene vil barn og rus kun være ett av flere kunnskaps- eller kompetanseområder som jordmor og helsesøstrene skal beherske. Det betyr at disse tjenestene må betraktes mer som en generalisttjeneste der rus inngår som ett av flere kompetanseområder. Det betyr også at temaet vil kunne være forholdsvis nytt for disse tjenestene.

### 4.4.3 Implementering av kunnskap

Vi har tidligere pekt på at informantene opplever at Tigris gjennom seminarrekken og handlingsveilederen har formidlet både relevant og nyttig kunnskap. Et annet spørsmål er imidlertid om den kunnskapen som springer ut av seminarrekken og handlingsveilederen også omdannes til praktisk anvendbar kompetanse hos medarbeiderne i de ulike tjenestene. Slik kompetanse forventes å komme til uttrykk på minst fire områder:

- Kunnskap om rusens virkninger blir en del av veiledningen og konsultasjonen
- Identifisering av barn som bekymrer/foreldre med rusmisbruk
- Regler og rutiner for å håndtere rusrelatert problematikk
- Samarbeidspraksis mellom tjenestene

Vi vil her ta for oss de tre første punktene, mens det fjerde punktet omtales i delkapitlet nedenfor.

#### *Veiledning om rusens skadevirkninger*

Forventningen om at kunnskapen om rusens virkning blir en del av veiledningen og konsultasjonen, berører i første rekke jordmødre og helsestasjonen. I veilederen «Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (IS-1154) anbefaler Sosial og helsedirektoratet at temaet rus tas opp under hjemmebesøk (0-2 uker), ved konsultasjonen 11-12 måneder og ved 4-årskonsultasjonen. For jordmødrene er anbefalingen i «Retningslinjer for svangerskapsomsorgen» (IS-1179) at rus tas opp under første konsultasjon og da som en del av samtalen om levevaner.

Et mål med Tigris har vært at kommunene skal følge de statlige anbefalingene med å ta opp rus som tema på de faste konsultasjonene. I spørreundersøkelsen ba vi derfor respondentene svare på hvorvidt rusens skadevirkninger ble tatt opp i samtale med gravide eller sped- og småbarnsforeldre.

Tabell 4.5 I hvilken grad blir rusens skadevirkninger tatt opp i samtale med gravide og sped- og småbarnsforeldre under konsultasjon, fordelt på jordmødre, helsestasjons og andre. Prosent (N=105)

	Jordmor	Helsestasjon	Andre	Totalt
Ja, på faste tidspunkt/etter faste rutiner	100	73	9	44
Ja, etter behov		15	58	35
Ja, men litt tilfeldig		3	8	5
Nei		0	6	3
Vet ikke		10	19	13
Total	100	100	100	100

Tabell 4.5 viser at så å si alle respondentene tar opp spørsmålet om rusens skadevirkninger i samtale med gravide eller småbarnsforeldre. Alle jordmødre tar opp temaet om rusens skadevirkninger på faste tidspunkt/etter faste rutiner, mens det ved helsestasjonene er et mer sammensatt bilde. De aller fleste helsesøstre svarer at de har faste tidspunkter eller faste rutiner for å ta opp tematikken, men vi finner også at en viss andel tar opp temaet ved behov eller at det er tilfeldig om det tas opp. Blant helsesøstre finner vi også enkelte som svarer at de ikke vet. Innenfor øvrige tjenester ser vi at dette spørsmålet i større grad tas opp ved behov.

Det er en større andel av de som har deltatt aktivt i Tigris som svarer at de tar opp rusens skadevirkninger på faste tidspunkt eller etter faste rutiner (51 prosent) sammenlignet med de som ikke deltar (33 prosent). Denne forskjellen skyldes bl.a. at samtlige jordmødre – som alle har deltatt aktivt i Tigris – tar opp spørsmålet til faste tidspunkt/faste rutiner. Samtidig er det også forskjeller mellom de helsesøstre som har deltatt aktivt og de som ikke har deltatt. Blant de deltakende helsesøstre er det 4 av 5 helsesøstre som svarer at de har faste rutiner, mens tilsvarende for ikke deltakerne er 3 av 5.

Som det fremgår av svarene fra spørreundersøkelsen tar alle jordmødrene i case-kommunene opp temaet rus under første konsultasjon. Ut over dette synes det å være individuelt hvorvidt rus tas opp med de gravide. Ifølge en av informantene avhenger det videre løpet av hva som eventuelt avdekkes etter hvert:

*«Jeg følger veilederen fra Helsedirektoratet ganske slavisk så lenge den gravide er frisk. Så har du de med masse forskjellige sykdommer fra tidligere eller ting du oppgaver underveis. ... Hvis jeg har mistanke etter samtalen om rus eller de har en historie, så vil jeg ha dama oftere på besøk.»*

Det viser seg også at helsesøstre langt på vei følger de statlige anbefalingene, men med lokale tilpasninger. En av kommunene følger anbefalingene i veilederen og tar opp temaet både på hjemmebesøket, på en gruppekonsultasjon ved 10 måneder og på 4-årsundersøkelsen. Ifølge en av informantene i denne kommunen, var det i kjølvannet av Tigris at de satt opp rus som et fast tema på disse tre konsultasjonene. I en annen kommune skal rus som tema tas opp på fire av konsultasjoner: 6 uker, 12 måneder, 2 år og 4 år. Her tas det i tillegg opp ved skole-startundersøkelsen. I to av kommunene har de tar de opp rus ved to av konsultasjonene. I den ene ved 9 måneder og 4

år og i den andre ved 12 måneder og 4 år. I en av de sistnevnte kommunene har de imidlertid diskutert hvorvidt det også bør tas opp på et tidligere tidspunkt.

Det er også et generelt inntrykk fra case-kommunene at Tigris enten har bidratt til at rus har blitt tatt inn som tema på konsultasjonene eller i det minste fått temaet mer systematisk inn i konsultasjonene. Ifølge en informant var rus ikke noe fast tema under konsultasjonene, og i de tilfeller de kom borti slike saker var det gjerne via henvendelser fra jordmor eller andre tjenester.

#### *Hvordan samtales det om rus?*

Det er ulike måter å samtale om rus med gravide/foreldre. Generelt kan vi si at samtalen inneholder elementer. Det ene elementet består i å informere om rusens skadevirkninger, det andre i å reflektere om rusbruk og den tredje består av anbefalinger om rusbruk. Selv om det varierer noe fra kommune til kommune, kan beskrivelsen nedenfor – som for øvrig er sammensatt fra flere case-kommuner – illustrere hvordan samtalen gjennomføres.

Tidlig i svangerskapet legger jordmor vekt på å snakke om fakta og skadevirkninger av rusbruk under graviditeten. I kjølvannet av dette gis det klare anbefalinger om totalavhold under svangerskapet. Pedagogikken er med andre ord at faktainformasjonen om skadevirkningene skal underbygge den normative anbefalingen om totalavhold.

Senere i svangerskapet – f.eks. på 10-månederskontrollen – har man en reflekterende samtale om bruk av alkohol og hva slags forhold til alkohol familien ønsker å ha. Formålet med dette er å gi mor eller foreldrene et bevisst forhold til alkohol. Dette dreier seg med andre ord mer om å reflektere enn å gi informasjon. Samtidig kan også denne konsultasjonen inneholde elementer av informasjon. Det som gjerne tas opp da er hvordan barn reagerer på foreldre som drikker alkohol. En jordmor uttrykker det på følgende måte:

*«Jeg snakker om fakta og skadevirkninger. Så anbefaler vi totalavhold. Så snakker vi om alkoholbruk etter fødsel og har en samtale om hvordan de ønsker å ha det.»*

Hjemmebesøket rett etter svangerskapet vil enten gjennomføres av helsesøster eller av både jordmor og helsesøster. Et tema som vanligvis tas opp da er forholdet mellom rus og amming. Inntrykket er at det først og fremst samtales om alkohol, men enkelte tar også opp andre rusmidler, noe følgende sitat fra en helsesøster illustrerer:

*«Hjemmebesøket omfatter samtale om hva rusen gjør med barna og hvordan det påvirker. Det gjelder både piller, alkohol og narkotika. Det tar vi opp både på hjemmebesøk og på 6 ukers- konsultasjonen. Vi forsøker å formidle hva alkohol og andre rusmidler gjør med barna.»*

Ifølge en annen helsesøster er formålet med samtalen å sikre at foreldrene tar hensyn til barna, at de begrenser drikkingen når barna er tilstede, og forsøker å formidle budskapet om at barn og alkohol ikke hører sammen.

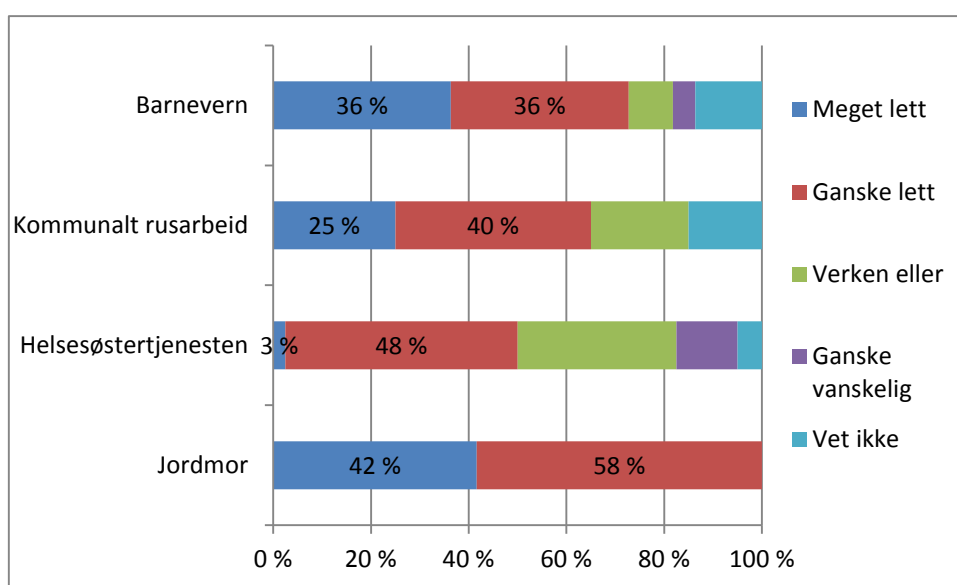
Tema om rus kan også tas opp i gruppekonsultasjoner, eventuelt i som kombinasjon av gruppekonsultasjon og individuelle samtaler. I en kommune vises det bl.a. til erfaringer med at enkelte foreldre kan ha vanskeligheter med å diskutere rus i grupper, noe som har resultert i at de har kombinert dette med individuelle samtaler.



Som grunnlag for disse samtalen er det også enkelte som hevder at de benytter handlingsveilederen og de samtaleteknikkene som inngår her som grunnlag. Dette er med andre ord et område hvor handlingsveilederen ser ut til å ha en betydning for utvikling av en praktisk kompetanse hos jordmødre og helsesøstrene.

### *Er det utfordrende å samtale om rus?*

Rus kan være et tabubelagt område, spesielt når det gjelder gravide og småbarnsforeldre. Det betyr at det også kan være vanskelig å ta opp temaet under konsultasjoner med foreldre. I spørreundersøkelsen ba vi derfor respondentene svar på spørsmålet om hvor lett eller vanskelig de syntes det var å informere om rusens virkninger i samtale med gravide eller småbarnsforeldre.



Figur 4.3 Hvor lett eller vanskelig er det å informere om temaet rusmiddelbruk med gravide eller sped- og småbarnsforeldre. Prosent (N=93).

Figur 4.3 viser at respondentene i spørreundersøkelsen har noe blandet oppfatning om hvor lett eller vanskelig det er å ta opp spørsmålet om rusens skadevirkninger. Det er jordmødrene som i størst grad opplever at det er lett å ta opp spørsmålet. Alle disse svarer at det er lett eller ganske lett. Blant helsesøstrene er oppfatningene noe mer blandet. Her ser vi at bare omtrent halvparten svarer at det er ganske eller meget lett å ta opp spørsmålet om rusens skadevirkninger. Tilsvarende ser vi at det innenfor barnevernet og det kommunale rusarbeidet ikke er alle som opplever at det er lett å snakke om rus.

Resultatene fra tabellen over som viser at det er en forholdsvis stor del fra rustjenesten og barnevernet som opplever det vanskelig å snakke om rus, må ses i lys av den konteksten disse samtalen går i. Til forskjell fra jordmødrene og helsesøstrene som tar opp temaet med alle også i en normal-situasjon, vil samtalen i rustjenesten og barnevernet normalt foregå i ekstraordinære situasjoner der det i utgangspunktet også kan være et spent forhold mellom tjenestene og foreldrene. Det generelle inntrykket fra intervjuene er nemlig at rustjenesten og barnevernet er mer uredde for å ta

opp disse spørsmålene. Samtidig kan man godt oppleve samtalene som vanskelige selv om man er uredd.

Det fremgår også tydelig i undersøkelsen at de som har deltatt aktivt i Tigris opplever at det er lettere å ta opp spørsmålet om rusens skadevirkninger sammenlignet med de som ikke har deltatt i Tigris. Mens 43 prosent av ikke-deltakerne svarer at det er lett å ta opp slike spørsmål, er tilsvarende for deltakerne 70 prosent. Siden alle jordmødrene i utvalget har deltatt aktivt, er disse utelatt fra disse beregningene. Samtidig kan deltakelsen i Tigris også være med på å forklare hvorfor jordmødrene i så stor grad opplever at det er lett å samtale om rusens skadevirkninger.

Spørsmålet om hvordan det er å ta opp spørsmålet om rus ble også berørt i intervjuene. Her kommer det fram at det i større grad har vært en tradisjon for å ta opp temaer om rus på konsultasjonene til jordmødrene enn hos helsesøstrene.<sup>5</sup> Som det fremgår av spørreundersøkelsen, kommer dette også til uttrykk ved at informantene ved helsestasjonene er delt i synet på hvordan det er å ta opp rus under konsultasjonene. På spørsmål til en av informantene fra helsestasjonen om det er vanskelig å ta opp rus under konsultasjonene, er svaret som følger:

*«Nei egentlig ikke fordi du tar det opp med alle. Jeg og to andre hadde et etterutdanningskurs i 2004-2005 ... så vi har gjort dette lenge. Når kollegene nå kommer og sier 'skal vi ta det også', så har jo noen av oss gjort det lenge. Så det handler litt om trening. Men jeg opplever ikke at noen i dag synes det er ubehagelig å ta opp.»*

En annen peker derimot på at det kan være mer problematisk å ta opp temaet:

*«Det er mye vi skal gjennom på konsultasjonene, men det jeg har lært er i hvert fall det å tørre å ta det opp. Før var det lett å hoppe over det fordi det var ubehagelig å ta det opp. Eller så kan du få sånne svar fra mødrene, at du i etterkant angret på at du tok det opp. For ofte er det sånn at de ikke drikker og ikke har noen problemer. Men nå har jeg trent mer på å ta det opp.»*

En utfordring med det å ta opp rus spesielt på helsestasjonen, men også hos jordmødrene, er at temaet skal konkurrere med mange andre tema på konsultasjonene. Det betyr at bevisstheten om de ulike temaene kan variere både mellom kommuner og over tid. I en kommune viser de til at temaet rus var et tema som også før Tigris var en del av konsultasjonen, men at Tigris likevel bidro til å bevisstgjøre på nytt temaet:

*«Samtalene der vi har tatt opp rus hadde vi før også, men prosjektet har nok likevel bidratt til at vi har skjerpet oss ekstra for det er mange tema og da kan man glipe på noe. Så det har bidratt til å få opp bevisstheten.»*

#### *Identifisering av barn som bekymrer – antall saker*

I tillegg til det å ta opp spørsmålet om rusens skadevirkninger, har Tigris også som formål å utvikle kompetanse på å identifisere rusrelatert problematikk. Dette er en oppgave som vil være relevant for alle tjenestene som deltar i Tigris. Før vi går nærmere inn på dette spørsmålet, har vi nedenfor presentert svarene på spørsmålet fra spørreundersøkelsen om hvor mange bekymringssaker

---

<sup>5</sup> Temaet rus er likevel nevnt i veilederen «Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (IS1154) fra 2003 og i «Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten» (IK-2627) fra 1998.

respondentene hadde vært borti i løpet av de to siste årene. Her må vi imidlertid legge til at det i mange tilfeller vil være slik at rusproblemet allerede er kjent når tjenestene kommer i kontakt personer som har rusproblemer. Tallmaterialet under vil dermed sannsynligvis også innbefatte saker hvor rusproblematikken på forhånd er kjent.

Tabell 4.6 Antall saker med bekymring for gravide eller småbarnsforeldres rusmisbruk i løpet av de to siste årene. Prosent (N=105).

	Jordmor	Helsesøster-tjenesten	Rustjeneste	Barnevern	Andre	Totalt
Ingen	33	15	19	9	22	17
En sak	17	8	10	5	22	10
2-3 saker	33	50	33	18	33	37
4 saker eller mer	17	28	38	68	22	37
Totalt	100	100	100	100	100	100

Tabell 4.6 viser at en stor del av respondentene opplever å ha hatt bekymring for barn. Av alle i utvalget er det over 80 prosent som har hatt bekymring i en eller flere saker. Det varierer noe mellom tjenestene, og det er naturlig nok innen barnevernet at de oppgir å ha flest saker. Videre ser vi en tendens til at det er jordmor som har færrest saker. At det ikke er flere saker i rustjenesten, henger sannsynligvis sammen med at denne tjenesten primært forholder seg til voksne personer og at saker hvor barn er involvert overlates til barnevernet.

Dersom vi foretar en omtrentlig beregning av hvor mange barn dette gjelder, finner vi at det gjelder et relativt begrenset antall saker. For hver jordmor dreier det seg i gjennomsnitt om 1,8 barn i løpet av en toårsperiode, for helsesøster 2,7 barn og for barnevernet 3,9 barn.<sup>6</sup> Her må vi imidlertid ta hensyn til mulighetene for dobbelrapportering, dvs. at ulike medarbeidere innenfor samme tjeneste og innenfor ulike tjenester kan rapportere om det samme barnet. Dette tilsier at de beregnede tallene kan være høyere enn faktiske antall bekymringssaker. Tallene samsvarer likevel langt på vei med det informantene i case-kommunene viser til av saker de har vært borti. Her fremgår det også at flere av sakene har vært kjent for flere av tjenestene, noe som således underbygger at de beregnede tallene kan inneholde dobbelrapporteringer.

Resultatene viser at deltakerne har hatt klart flere saker med bekymring for gravide eller småbarnsforeldre enn ikke-deltakerne. F.eks. finner vi blant helsesøstrene at så nær som samtlige av deltakerne har vært borti 2 eller flere saker, mens bare 3 av 5 ikke-deltakere har vært borti tilsvarende mange saker. I utgangspunktet kan vi derfor anta at den kompetansen deltakerne har tilegnet seg gjennom Tigris, har bidratt til at de identifiserer flere saker enn ikke-deltakerne. Samtidig skal vi ikke se bort i fra at resultatet også kan ha sammenheng med at deltakerne har blitt involvert i flere saker gjennom sin deltakelse i ressursgruppene.

<sup>6</sup> Tallene er beregnet ved å multiplisere andelen i frekvenstabellen med hver av verdiene, dvs. 0; 1; 2,5 (snittet av 2 og 3) og 5.

Tabell 4.7 Reaksjon på saker med bekymring for rusmisbruk, fordelt på de fire kjernetjenestene og andre tjenester. Prosent (N=85).

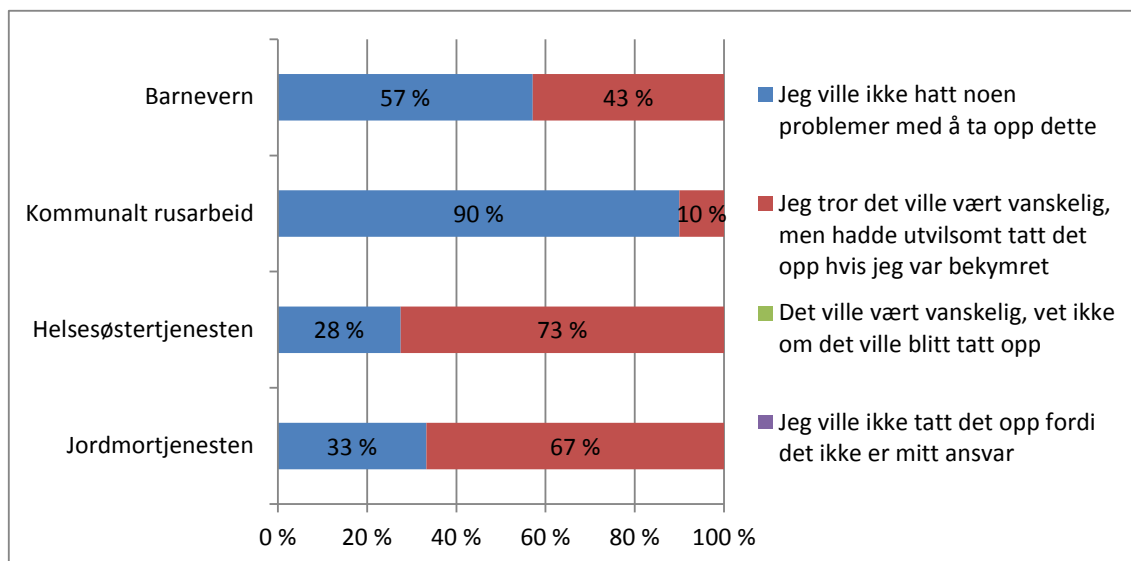
	Jordmor	Helsesøster-tjenesten	Rustjeneste	Barnevern	Andre tjenester	Total
Bare foreldre og/eller barn	25	26	13	30	14	24
Bare andre instanser	0	18	31	0	43	16
Andre instanser + foreldre/barn	75	56	56	70	43	60
Totalt	100	100	100	100	100	100

Det er ingen av respondentene som oppgir i spørreundersøkelsen at de ikke har handlet på bakgrunn av bekymringer. Tabell 4.7 viser hva slags reaksjoner respondentene hadde i forhold til den siste saken hvor de var bekymret for et barn i forbindelse med foreldrenes rusbruk/-misbruk. Totalt hadde respondentene samtaler med både barn og foreldre og andre instanser i 60 prosent av tilfellene. I 24 prosent av tilfellene ble det bare gjennomført samtaler med foreldre og/eller barn. Det er kun i et fåtall saker at det bare tas kontakt med andre instanser. Dette omfatter bare saker hos helsestasjon og rustjenesten.

Vi finner ikke noe store forskjeller mellom deltakere og ikke-deltakere med hensyn til reaksjonsmønsteret. I den grad vi kan snakke om substansielle forskjeller, finner vi at deltakerne i noe større grad kun har samtale med barn og/eller foreldre. Forklaringen på dette kan være at deltakerne vil ha en lavere terskel for å ta opp problemstillingene enn ikke-deltakerne.

#### *Identifisering av barn som bekymrer – hvordan det er å ta opp belastende rusmisbruk*

Som vi tidligere har pekt på, hersker det blant helsesøstrene og jordmødrene noe ulike syn på hvor langt de skal gå i å identifisere problematisk rusatferd eller rusmisbruk. Mens enkelte opplever at deres rolle primært dreier seg om å informere om eller skape refleksjon rundt rus, har andre en oppfatning om at de også skal være mer aktive i å identifisere eller avdekke rusrelaterte problemer. I det minste kan vi si at formålet er å identifisere såpass at det gir grunnlag for en bekymring.



Figur 4.4 Hvor lett eller vanskelig vil det være å ta opp spørsmål om belastende rusmisbruk hos en bruker av tjenesten. Prosent (N=103).

I spørreundersøkelsen stilte vi et spørsmål om hvor lett eller vanskelig respondentene ville ha for å ta opp spørsmål om belastende rusmisbruk hos en bruker av tjenesten. Som forventet var svarene noe delt. Den ene halvparten svarer at de ikke ville hatt problemer med å ta det opp og den andre halvparten at det ville vært vanskelig, men at de likevel hadde tatt det opp. Svarene varierer en del mellom tjenestene. Ikke overraskende er det omtrent alle i rustjenesten som oppgir at det er uproblematisk å ta opp spørsmålet om belastende rusmisbruk. Blant helsesøstrene er det derimot 3/4 som opplever dette som problematisk og blant jordmødrene 2/3. Det er for øvrig ingen som svarer at det ville vært såpass vanskelig at de ikke ville tatt opp spørsmålet.

Blant informantene i rustjenesten og i barnevernet kommer det imidlertid til uttrykk en viss skepsis til jordmødrene og helsesøstrenes evne til å ta opp belastende rusmisbruk med tjenestemottakerne. På spørsmål om jordmor og helsestasjonens evne til å avdekke rusmisbruk, svarer en fra rustjenesten:

*«Nei jeg synes ikke det, og jeg forundrer meg litt. Kanskje ikke i forhold til jordmor, men mer i forhold til helsesøstrene. Vi har fått mye læring og forelesninger gjennom Tigris, og da forundrer det meg litt at det er så vanskelig å bringe temaet opp som mange helsesøstre hevder.»*

Den samme informanten er også kritisk til helsestasjonen i den forstand at de – når de kom inn i Tigris – var mye opptatt av trivielle ting som kosthold og vitaminer, og i mindre grad av den voksende gruppen av unge med store problemer i form av tung oppvekst, mobbing, lite nettverk og tidlig graviditet, og hvor det ikke er andre på banen enn jordmor og helsesøster. Ifølge informanten kvier disse tjenestene seg for å gå inn i slike saker. Samtidig hevder hun at Tigris har bidratt til å flytte fokuset fra normaltstanden til de gruppene som faller utenfor. Et tilsvarende synspunkt finner vi hos en representant fra barnevernet:

*«Vi hadde en sak her tidligere. Da viste det seg at jordmor syntes det var for vanskelig å snakke om rus og at det å være gravid er en såpass kjærlig situasjon at det visstnok var vanskelig å snakke om rus. Hun hadde gått til jordmor, men vi fikk melding fra [annen kilde]. Så finner vi henne kjemperusa, og hun har vært rusa i hele svangerskapet uten at*

*noen har turt å spørre. Der ligger vår frustrasjon. Det er skremmende at de ikke tør å spørre om rus i svangerskapet.»*

De to sitatene over er ikke nødvendigvis representative for rustjenesten og barnevernet som helhet, men de setter likevel på spissen en generell oppfatning av at både jordmor og helsesøstrene er for lite opptatt av å gå inn på spørsmålet om belastende rusmisbruk. Det kan være flere forklaringer på disse oppfatningene.

En forklaring på den oppfatningen rustjenesten og barnevernet har av de to andre tjenestenes evne til å håndtere belastende rusmisbruk, er at det rett og slett oppleves som vanskelig å ta opp spørsmålet. Flere av informantene fra jordmortjenesten og helsestasjonen antyder at dette. En informant fra helsestasjonen peker bl.a. på følgende:

*«Jeg ser ikke på det som så enkelt å gjøre [avdekke rusmisbruk], for de vil ofte benekte det. I tillegg kommer du kanskje feil ut. Men hvis du tar barnets perspektiv, så sier jeg noe om barnet og at det ikke er ok å blande barn og alkohol. Hvis jeg var mer direkte anklagende, så vil de gå mer i forsvar, for da føler de seg mer truffet eller kontrollert. Min viktigste oppgave er derfor å få de til å se situasjonen ut fra barnets perspektiv.»*

En annen informant viser også til at det er problematisk å ta opp slike spørsmål dersom mistanken ikke har grunnlag i konkrete observasjoner eller annen dokumentasjon:

*«Vi må ha en veldig stor mistanke før jeg går inn og konfronterer vedkommende med mine mistanker. Det er mulig vi går for lite inn på det, men vi må jo ha noe å bygge mistanken på også.»*

I tillegg er det flere som nevner at det ikke nødvendigvis er den som møter til konsultasjon som har et rusproblem, men andre i familien, eventuelt fraskilte ektefeller med besøksrett til barna. I slike tilfeller oppleves det vanskelig å avdekke rusproblemet i familien dersom de aktuelle ikke er åpne om det.

En annen forklaring som vi har pekt på tidligere, er at det å aktivt forsøke å avdekke skjult rusmisbruk, vil kunne bryte med den lavterskelfilosofien som hersker i helsestasjons- og jordmortjenesten. Denne filosofien bygger i utgangspunktet på at tjenesten skal påvirke gravide/mødres atferd gjennom informasjon, råd og veiledning eller gjennom samtalerefleksjon med tjenestemottakerne. Det er samtidig viktig at tjenestene skal være lett tilgjengelige og at ingen skal ha noe å frykte ved å gå til disse tjenestene. Frykten er at dersom man aktivt går inn for å identifisere eller avdekke belastende rusmisbruk, noe som gjerne holdes skjult, vil dette undergrave lavterskelfilosofien. Aktiv identifisering vil således skape et dilemma mellom det å være en ufarlig og imøtekomende hjelper og det å fremstå som kontrollerende, noe en helsesøster uttrykker på følgende måte:

*«I perioder har vi stilt spørsmål om det er noe vits [å sende melding til barnevernet], men vi må melde når vi føler det er nødvendig. Vi risikerer relasjonen til foreldrene, men har vi vært ryddige hele veien, så har vi erfart at det går bra likevel. Hvis vi går bak ryggen på noen, så går det dårlig.»*

En tredje forklaring er at spesielt helsestasjonen vil unngå å grave opp problemer som er større enn de selv kan håndtere. En helsesøster peker på at dette nok gjør at de i enkelte tilfeller kan ha mistanke, men likevel lar saken ligge fordi de er usikre på om de har evne eller ressurser til å håndtere saken. Siden dette kun bygger på én informants utsagn, er det vanskelig å si hvor utbredt disse oppfatningene er. Samtidig er en annen informant fra rustjenesten inne på noe av det samme når hun omtaler helsestasjonen:

*«Hvis du skal gå i dybden av det du kanskje får noen signaler om, da må du faktisk være innstilt på å stille oppfølgingsspørsmål. Det har jeg inntrykk av at ikke alle er beredt til. Og så stiller de [helsesøstrene] spørsmål om hva de skal gjøre dersom det dukker opp ting som de ikke kan håndtere. Det kan jo selvfølgelig skje, og forhåpentligvis skjer det også. Men da må du vite hva du skal gjøre.»*

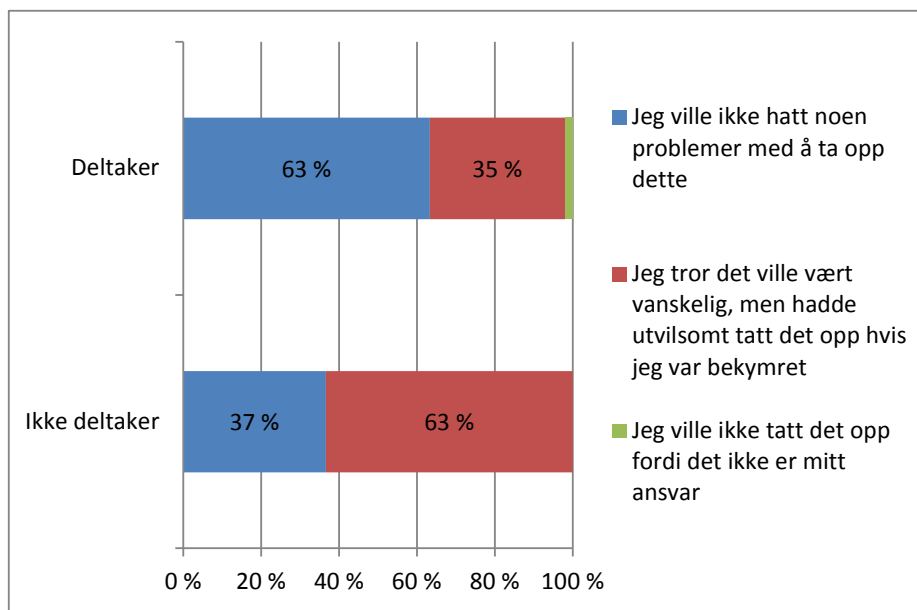
Informanten er her inne på at virkemidlene ikke nødvendigvis ligger hos helsestasjonen, men hos de andre tjenestene. Noe av barrierene kan derfor være at man reserverer seg fordi man opplever å ikke ha tilstrekkelig informasjon om eller kontroll med de virkemidlene som eventuelt vil være nødvendige i kjølvannet av de problemene man avdekker.

Svarene på et av spørsmålene i spørreundersøkelsen støtter også opp om at dette kan være en mer generell problemstilling. Her stilte vi spørsmål om respondentene var enig eller uenig i påstanden om at tjenesten alltid sørger for å gi barn som lever i hjem hvor de foresatte har et belastende rusmiddelbruk, blir vurdert med henblikk på behov for hjelp. Svarene viste at det bare var omtrent 1/3 av jordmødrene og helsesøstrene som var helt enig denne påstanden, mens hele 4 av 5 i rustjenesten og barnevernet var helt enige.

De to sistnevnte forklaringene peker på en slags dobbelt utfordring for de som er i førstelinjen og står overfor utfordringene med å avdekke rusproblemer. Disse utfordringene må igjen ses i lys av helsetjenestens egenart som tradisjonelt har bygd sin virksomhet på universelle forebyggende virkemidler, bl.a. generelle helsekontroller og vaksineprogrammer. En forutsetning for å nå bredt ut til alle innbyggerne er at terskelen er lav og at tjenesten ikke virker skremmende. De «nye» samfunnsutfordringen som informanten fra rustjenesten nevner over, kan ha vel så stor utbredelse, men vil samtidig være langt mer tabubelagt og vanskelig å ta opp. I tillegg vil det å gripe inn i de «nye» og mer tabubelagte helseutfordringene, kunne innebære at man undergraver den tilliten som er grunnlaget for den mer tradisjonelle virksomheten.

Flere peker imidlertid på at det er mulig å håndtere dette dilemmaet. Dette innebærer at frykten for å miste tilliten forsøkes ivaretatt ved å være klar og tydelig omkring den rollen helsesøstrene og jordmødrene har, og gjennom å informere om at deres primære mål er å hjelpe eller beskytte barna. Flere av informantene som opplever at problemstillingen er vanskelig, sier samtidig at denne tydeligheten er den mest adekvate måten å håndtere tillitsdilemmaet på.

Utfordringen med å reservere seg mot å «åpne» tunge saker som helsestasjon/jordmor ikke opplever de kan håndtere, er som nevnt over ikke uttrykt like tydelige blant informantene. Vi ser imidlertid at helsestasjonene også har utviklet verktøy og virkemidler som gjør dem i stand til å håndtere tyngre saker. Internt vil dette f.eks. kunne dreie seg om samtalemetodikk, ansettelse av egne miljøterapeuter eller foreldreopplæringsprogram. Det viktigste virkemiddel er imidlertid samarbeidet med andre, noe vi kommer nærmere inn på i neste kapittel.



Figur 4.5 Sammenligning aktive deltakere og ikke-deltakere i forhold til om det oppleves vanskelig å ta opp spørsmål om belastende rusmiddelbruk. Prosent (N=103).

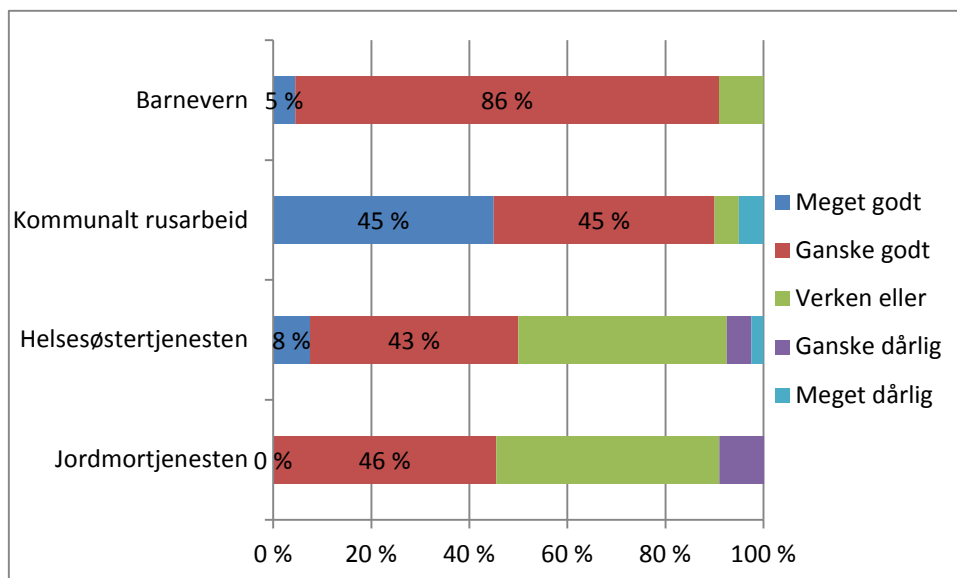
Figur 4.5 viser at det er en klar forskjell i responsen blant de aktive deltakerne og ikke-deltakerne i forhold til spørsmålet om å ta opp spørsmålet om belastende rusbruk/misbruk. Dette tyder på at Tigris har hatt en effekt i forhold til deltakerne, men tyder samtidig på at effekten har hatt begrenset utbredelse ut over de som har deltatt aktivt. Dette resultatet støtter for så vidt også opp om poenget over om at man ikke nødvendigvis reserverer seg for å unngå de nevnte dilemmaene, men vel så mye er opptatt av å utvikle metoder for å håndtere dem.

#### *Identifisering av barn som bekymrer – faktisk identifisering*

Vi har i innledningen til dette avsnittet pekt på at det finnes flere ulike grupper brukere av rus eller rusmisbrukere. Når vi her tar opp spørsmålet om hvorvidt tjenestene faktisk er i stand til å identifisere barn som bekymrer på grunn av rus, må vi ta hensyn til disse nyansene. Dette fordi spørsmålet kan dreie seg om å identifisere grupper som både er relativt åpne omkring sitt rusbruk/misbruk, og grupper som holder det mer skjult. I spørreundersøkelsen har vi ikke skilt mellom grupper på denne måten, og det er derfor en fare for at respondentene kan tolke spørsmålene ulikt.

Et av spørsmålene vi stilte i spørreundersøkelsen var: «I hvilken grad vil du si etaten/tjenesten du jobber er i stand til å identifisere eller oppdage rusmiddelrelaterte problemer som finnes blant brukerne av tjenesten.»





Figur 4.6 Hvor godt eller dårlig de fire kjernetjenestene opplever å være i stand til å fange opp rusmiddelrelaterte problemer. Prosent (N=102).

Generelt opplever de fleste at de er godt i stand til å identifisere eller oppdage rusmiddelrelaterte problemer. Det går likevel et klart skille mellom jordmortjenesten og helsesøstertjenesten på den ene siden og rustjenesten og barnevernet på den andre. Mens de to førstnevnte tjenestene er noe delt i svarene på hvor godt de identifiserer eller oppdager slike problemer, oppgir nesten samtlige fra barnevernet og rustjenesten at de er gode til dette.

Forskjellene mellom rustjenesten og barnevernet på den ene siden og jordmor og helsestasjon på den andre, trenger ikke nødvendigvis dreie seg om den faglige dyktigheten. Det at jordmødre og helsesøstre opplever at det er vanskeligere å fange opp rusmiddelrelaterte problemer, kan også ha sammenheng med at det innenfor disse tjenestene vil være flere brukere som holder problemene skjult. Til sammenligning er det rimelig å anta at det i barnevernet og i rustjenesten i større grad er saker hvor eventuelt rusmisbruk er kjent eller at det i det minste foreligger en klar mistanke på forhånd. For jordmor og helsesøster som må forholde seg til alle grupper, herunder de som eventuelt holder rusbruken/misbruket skjult, vil det derfor kunne være en større utfordring å fange opp rusmiddelrelaterte problemer.

I forhold til spørsmålet om å fange opp rusmiddelrelaterte problemer, finner vi i utgangspunktet ingen forskjeller mellom de som aktivt deltok og de som ikke deltok aktivt i Tigris. Dersom vi utelater jordmødrene – som alle har vært aktive deltakere – finner vi imidlertid en tendens til at en større andel deltakere svarer positivt enn ikke-deltakerne. Da svarer 66 prosent av ikke-deltakerne at de er gode til å identifisere eller oppdage rusmiddelrelaterte problemer, mens tilsvarende for deltakerne er 73 prosent. Siden utvalget er forholdsvis lite, skal vi imidlertid være forsiktig med legge for stor vekt på denne forskjellen.

Det å identifisere eller oppdage rusmiddelrelaterte problemer vil kunne omfatte flere av de gruppene vi tidligere har nevnt, både de som ikke nødvendigvis skjuler sitt rusbruk/-misbruk og de som skjuler det. Det er naturlig nok de som eventuelt skjuler problemene som er den største utfordringen for tjenestene. På spørsmål om hvilke ambisjoner de har i forhold til det å identifisere eller oppdage rusrelaterte problemer svarer en av informant følgende:

*«Det har jeg på sett og vis, men det jeg gjør er å spørre om de har vært borti rusmidler før de ble gravide. Da er det nok flere som sier at de har eksperimentert med hasj eller at de har brukt det før. Dersom vi starter med historien, så er det lettere å ta det opp i fortsettelsen og hvordan det bør være i graviditeten. Når det gjelder alkohol, så kunne man avdekket noe gjennom den gode samtalen, men det gjør vi ikke verken med Tweak eller uten Tweak. Det er veldig vanskelig å avdekke rusproblematikk. Jeg har jobbet her nå i fire år, men kan vel telle på en hånd de som har opplyst at de fortsetter å drikke vin når de er gravide.»*

En annen informant viser til at det er fullt mulig å gå til konsultasjon med et rusproblem uten at rusproblemet avdekkes:

*«Jeg tror det er flere som fortsetter å drikke, men jeg finner dem ikke.»*

Flere informanter viser imidlertid til at det først og fremst er gjennom samtalen at de kan identifisere eller oppdage problematisk rusbruk. Slike samtaler kan inneholde informasjon fra jordmor/helsesøster om skadevirkningene av å drikke i svangerskapet eller virkninger alkohol har på barn og familien, det kan handle om å stille spørsmål om alkohol eller det kan dreie seg om å benytte mer etablerte metoder som f.eks. motiverende intervjuer. Forventingen er da at man gjennom informasjon, spørsmål og refleksjon skal identifisere eventuelle problemer. En av informantene beskriver samtalen på følgende måte:

*«Det jeg går etter er det de forteller om livet sitt og hvordan de lever. Det er det som er avgjørende, for vi kan jo ikke gå etter det subjektive inntrykket vi har av folk.»*

Det er også flere som snakker om tillit som et virkemiddel for at gravide eller småbarnsforeldre skal åpne seg. Det betyr at de ikke nødvendigvis er åpne med sin rusbruk/rusmisbruk i starten, men kan komme ut med det etter hvert som jordmor/helsestasjon bygger relasjoner og tillit til den enkelte. En av informantene uttrykker det på følgende måte når vi spør om kartleggingsverktøyet Tweak:

*«De jeg har fanget opp, har ikke vært på bakgrunn av Tweak i seg selv, men heller etter at de har blitt kjent med meg. Det kommer gjerne ikke frem før de har blitt trygge på meg. Det er som med all annen atferd, dersom de opplever å ikke bli angrepet, så sier de jo mer. Men og jeg får den hele og fulle sannheten alltid, det vet jeg ikke.»*

En annen informant sier noe tilsvarende:

*«Det dreier seg om å bygge tillit og det å bygge relasjoner, og så har vi noen samtaleteknikker eller metoder. For det er ingen som kommer hit og sier at de har ruset seg i 13 år og har tenkt å fortsette med det. Det er sånne ting som kommer frem etter hvert. ... Det er veldig viktig å ikke fordømme og det er viktig å ikke være for nysgjerrig. Men det å gå omsorgsveien og forholde seg til fata er noe de fleste forstår.»*

En tredje informant peker også på at det er viktig å skape tillit, og at det ikke nødvendigvis skapes et slikt tillitsforhold ved første møte, men kanskje senere:

*«Selv om rus er et tema på faste konsultasjoner, så kan det likevel komme opp i samtalen på senere konsultasjoner når det er etablert et tillitsforhold.»*

Som illustrert over, kan det se ut som at det er den gode samtalen og det å bygge opp tillit til den enkelte som er de mest utbredte metodene blant jordmødrene og helsesøstrene. Dette er metoder

som også langt på vei sammenfaller med grunntanken om at disse tjenestene skal være et lavterskeltilbud.

Samtidig finner vi også andre og mer raffinerte metoder som benyttes for å identifisere eller oppdage rusrelaterte problemer. Dette dreier seg mer om å observere ytre kjennetegn, livsstil eller adferden. Et par av informantene forteller bl.a. at de ser etter konkrete risikofaktorer i samtalen med den enkelte gravide:

*«Da går det mest på hvordan de har det. Hvis de sier de har angst, er arbeidsledige eller likende, så er det noen markører som gjør deg mer observant. Jeg ser vel egentlig etter risikofaktorene.»*

*«Så kan jeg f.eks. se etter spesielle ting, f.eks. at de ikke har fullført videregående. Da kan jeg si at jeg vil ha litt øye med dem og at vi kommer til å ha tett oppfølging. Da retter de seg opp i stolen. Det kommer litt an på måten de lever.»*

En annen metode som nevnes er å se på atferd og signaler hos tjenestemottakeren. Dette kan dreie seg om ytre tegn som oppførsel, renslighet og atferd eller det kan dreie seg om å observere samspillet mellom mor og barn. En jordmor viser bl.a. til følgende:

*«Det kan være jeg også ser etter om de er reine, har gredd håret, lukter. Dersom det oser en blanding av røyk og skyllemiddel, så ringer det også en bjelle.»*

Vi finner også en praksis med å sende bekymring når noen ikke dukker opp til konsultasjon etter et visst antall ganger:

*«Hvis man ikke kommer tredje gangen vi har innkalt, så sender vi melding til barnevernet. Tre ganger er obs-obs. Dette startet vi med når vi var med i Tigris. Noen blir forbannet fordi de blir henvist til barnevernet, men om det ikke er noe, så gjør ikke det noe. Vi skal jo bare passe på at barna får den oppfølgingen de har rett på.»*

I case-kommunene kommer det også fram at enkelte har gjort fremstøt for å informere i barnehagene om rus. Formålet med dette er bl.a. å ha en hjelpende hånd med hensyn til å avdekke rusmisbruk:

*«Helsestasjonen har også mye samarbeid med barnehagene og på møtene med barnehagene, så kan de ta opp saker anonymt, eventuelt med samtykke. Barnehagene har blitt flinkere til å fange opp ting i hente- og bringe situasjoner og der har vi et samarbeid.»*

Informanten peker på at dette har resultert i at de har hatt episoder hvor de har meldt til barnevernet på vegne av barnehagen, men gir samtidig uttrykk for at det kan være uheldig å melde på vegne av andre. Strategien har derfor vært å få barnehagene til selv å melde.

Eksemplene over er metoder som bygger på en premiss om at de med overdreven bruk av rus eller rusmisbruk vil fornekte sitt bruk dersom det ikke allerede er kjent. Samtidig viser informanter fra case-kommunene til minst to eksempler på rusmisbrukere som ikke nødvendigvis har ønsket å skjule sitt rusmisbruk, men der hjelpeapparatet likevel ikke har fanget opp saken. I det ene tilfellet

ble det ifølge enkelte kilder ikke stilt spørsmål til den gravide. Ifølge en av informantene som etter hvert ble involvert i saken, uttrykker det på følgende måte.<sup>7</sup>

*«Eksemplet med den jenta jeg fortalte om, illustrerer jo poenget med at de ikke tar det opp. Hun hadde gått til jordmor hele tiden, men hun hadde ikke blitt spurt. Konsekvensen er at de sklir gjennom og blir oppdaget altfor seint. Men når hun først ble oppdaget, var hun veldig ivrig på det med urinprøver.»*

En annen av informantene viser til en annen sak der moren hadde gått jevnlig til helsesøster, uten at det der ble avdekket at hun hadde et stort rusmisbruk.<sup>8</sup> Den aktuelle saken ble etter hvert meldt til barnevernet og ifølge informantene, *«var det ikke vanskelig å se at det var noe spesielt med den moren»*. Informanten peker samtidig på at det generelt er enklere å melde saker som dreier seg om barns atferdsproblemer enn om foreldrenes omsorgsevne. Konsekvensen av dette er at de først dukker opp i barnevernet som ungdom:

*«Når vi møter ungdommene, så er det et symptom på at de har gått i mange år uten at noen har sagt noe, og når vi går tilbake i sakene, så viser det seg at mange har bekymret seg.»*

I en annen sak var rusproblemet riktignok kjent av jordmor, men av ulike grunner ble ikke saken fanget opp. I dette tilfellet var ikke problemet at temaet ikke ble tatt opp, men heller en kombinasjon av tilfeldigheter og at samhandlingen mellom tjenesten ikke hadde fungert. Dette kommer vi kommer nærmere tilbake til i kapittelet om samarbeid.

En annen problemstilling som kommer opp, er at mye av Tigris dreier seg om alkohol, mens det ofte – gjerne blant de yngste – heller kan dreie seg om andre rusmidler som hasj eller andre narkotiske stoffer. En informant fra helsestasjonen uttrykker det på følgende måte:

*«Men så har jeg også oppdaget at vi snakker mye om alkohol, mens foreldrene vi snakker med kanskje har et hasjproblem, noe vi ikke tar opp. Vi tar nok ikke opp dette med andre rusmidler.»*

Dette uttrykker nok også at Tigris har lagt mye vekt på alkohol og dens skadevirkninger og mindre på andre rusmidler.

### *Identifisering av barn som bekymrer – trygg på egen rolle og metoder*

Samtale om rus og det å identifisere problematisk rusbruk vil foregå innenfor ulike kontekster i de ulike tjenestene, og medarbeiderne fra de ulike tjenestene vil også spille ulike roller. Som nevnt tidligere vil jordmor og helsesøstrene forholde seg til et bredt spekter av brukere, mens barnevernet og rustjenesten normalt vil jobbe med mer komplekse saker. I spørreundersøkelsen stilte vi derfor spørsmål om hvorvidt respondentene var trygge på egen rolle/mandat og egne observasjoner av barn/foreldre/gravide i tilfeller det er grunn til bekymring.

---

<sup>7</sup> Eksemplet er fra en annen kommune enn case-kommunene.

<sup>8</sup> Eksemplet er fra en annen kommune enn case-kommunene.

Tabell 4.8 Hvor trygg eller utrygg er tjenestene på egen rolle og egne observasjoner i tilfelle bekymring for barn, foreldre eller gravide. Vannrett prosentuering (N=105).

	Trygg på egen rolle			Trygg på egne observasjoner		
	Meget trygg	Ganske trygg	Verken eller/ utrygg	Meget trygg	Ganske trygg	Verken eller/ utrygg
Jordmor	42	58	0	8	75	17
Helsesøster	15	73	13	3	60	38
Rustjenesten	52	43	5	19	71	10
Barnevern	46	55	0	14	71	14
Totalt (inkl. andre tjenester)	33	61	6	9	66	25

Tabell 4.8 viser at de aller fleste er meget eller ganske trygge på egen rolle eller egne observasjoner, men klart mer trygg på egen rolle enn egne observasjoner. Ellers fremgår det at det spesielt er helsesøstrene som er minst trygge på egen rolle og egne observasjoner. Blant helsesøstrene er det bare 15 prosent som svarer at de er meget trygge på egen rolle, mens andelen blant de øvrige faggruppene er mellom 40 og 50 prosent. Det samme mønstret ser vi når det gjelder spørsmålet om egne observasjoner. Her svarer noe over 60 prosent av helsesøstrene at de er meget eller ganske trygge, mens andelen for de andre faggruppene er mellom 80 og 90 prosent.

Vi finner også at de som har deltatt aktivt i Tigris er noe mer trygge på egen rolle og trygge på egne observasjoner enn ikke-deltakerne. Ser vi bort fra jordmødrene – som alle har vært aktive deltakere – er det 40 prosent av deltakerne som opplever å være meget trygge på egen rolle, mens tilsvarende for ikke-deltakerne er på omtrent 25 prosent. Når det gjelder tryggheten på egne observasjoner, er forskjellene noe mindre.

I undersøkelsen ba vi også respondentene svare på to påstander om hvorvidt bedre metoder ville gjort det lettere å ta opp tema om rusrelatert problematikk overfor hhv. gravide og småbarnsforeldre. Samlet er det 40 prosent som er helt eller delvis enige i påstanden når det gjelder gravide og tilsvarende 50 prosent når det gjelder småbarnsforeldre. Det er imidlertid ikke store forskjeller mellom tjenestene. Tendensen er imidlertid at primært jordmødrene, men også helsesøstrene, er mer enige i påstandene enn de øvrige.

#### *Tweak som kartleggingsverktøy*

Tweak er et verktøy som skal være et hjelpemiddel for å samtale med gravide om alkohol. I veiledningen til bruk av skjemaet står det at skjemaet bør benyttes tidlig i svangerskapet (6-8 uker). Videre anbefales det at alle – uansett resultat i skjemaet – skal få informasjon om alkoholens virkning og om anbefalinger om avhold. Dersom den gravide har et alkoholforbruk over en viss mengde før graviditeten eller det er snakk om bruk av alkohol etter graviditeten, skal hun følges opp videre. Resultatet fra skjemaet skal dermed legge premisser for beslutningen om det skal gis videre oppfølging. Resultatet fra kartleggingen skal riktignok ikke være det eneste beslutningsgrunnlaget. Ifølge veiledningen til skjemaet skal jordmor og lege i tillegg bruke klinisk skjønn etter samtalen, for å vurdere om det er behov for videre oppfølging.

Tweak-skjemaet anbefales brukt av jordmødrene og legene, men det benyttes ikke av alle. Av de 12 jordmødrene som svarte på spørreskjemaet om Tigris, var det 5 som svarte at de benyttet

skjemaet, 5 svarte at de ikke benyttet det og 2 svarte at de benyttet det av og til. Basert på informasjon fra jordmødrene i case-kommunene, er det også grunn til å tro at det i liten grad benyttes av fastlegene.

Av de kvalitative intervjuene fremgår det også at jordmødrenes erfaringer med Tweak-skjemaet er blandet. Her fremgår det at enkelte anvender verktøyet som et utgangspunkt for samtalen om rus. En informant omtaler Tweak slik:

*«Nei, men jeg har jo snakket om dette [rus] i mange år ... men Tweak kom inn som en veldig grei metode for det er så håndfast. Det er veldig greit å gå ut fra når du skal snakke.»*

Andre er mer skeptiske til skjemaet og mener at samtalen i seg selv er tilstrekkelig. Enkelte peker også på at det å bruke skjemaet kan virke hemmende på muligheten for å få til en mer reflekterende samtale. En av jordmødrene forteller følgende:

*«Jeg har brukt Tweak, men jeg synes det er vanskelig. Jeg synes ikke det har vært noe hjelpemiddel. ... Det blir for firkantet. Nå gjør jeg det heller på min måte. Men jeg har fokus på det og prater lettere om rus nå enn tidligere.»*

Det er flere som peker på sannsynligheten for at man underrapporterer i Tweak:

*«Som regel vil de underkjenne mengden de drikker, dvs. at de nok vil ha en tendens til å fylle ut at de drikker mindre enn de egentlig gjør. Og det tror jeg har å gjøre med skamfaktoren og redselen for å ha skadet barnet.»*

En av informantene (jordmor) forteller at hun har benyttet Tweak, men har erfart at det ikke bidrar til å avdekke mer rusbruk enn tidligere.

*«Det har jeg faktisk brukt, men har ikke fått noe skåre på at flere drakk under graviditeten, eller at det ble mer synlig at de drakk under graviditeten. Derfor kuttet jeg det ut og har heller en samtale rundt alkoholen og hvordan den virker på barna, hva de tenker og det og hva slags drikkemønster mødrene har.»*

Det er også flere innenfor barnevern og rustjenesten – altså de gruppene som har erfaring med disse gruppene – som peker på at det skjulte rusmisbruket er det som er vanskeligst å håndtere, og at det er lite sannsynlig at dette oppdages gjennom en Tweak-kartlegging. En informant fra rustjenesten sier følgende om Tweak:

*«Jeg kjenner til Tweak, men bruker det ikke. ... Du kan godt bruke skjema, men da blir det som en del av den historien de selv velger å presentere, og den sannheten kan variere fra absolutt sannhet til absolutt usannhet. For de er i en fornektelsesfase uansett når de er rusavhengige. Vi her er i hvert fall helt avhengige av å få informasjon fra andre steder.»*

De ulike sitatene over illustrerer at de ulike informantene legger vekt på ulike sider ved Teak-skjemaets funksjon. Mens enkelte legger vekt på Tweak som et verktøy til å få i gang samtaler om rus, legger andre mer vekt på at skjemaet skal være et hjelpemiddel til å identifisere overdreven rusbruk eller misbruk. Som vist over, er det gjerne den siste gruppen som er mest kritisk til skjemaet. I det første tilfellet legges det vekt på at bruken av skjemaet gir et godt grunnlag for å gi informasjon om og føre en samtale om rus. I det andre tilfellet legges det vekt på at resultatet fra skjemaet kan gi et misvisende beslutningsgrunnlag for den videre oppfølgingen. I tillegg er det enkelte som også hevder at skjemaet ikke egner seg sammen med det å føre en mer reflekterende samtale (f.eks. med motiverende intervju).

Sett i lys av erfaringene spesielt jordmødrene har hatt med skjemaet, er det to årsaker til at skjemaet ikke benyttes av flere. For det første kan det være at jordmødrene har utviklet eller lært seg samtaleteknikker der skjemaet ikke passer like godt inn. Siden skjemaet skal fylles ut på forhånd, kan det for de gravide fremstå som kontrollerende, mer enn et godt utgangspunkt for en reflekterende samtale. For det andre er bygger skjemaet på en premiss om at svarene på skjemaet skal danne grunnlag for videre oppfølging, en premiss som ikke alltid er tilstede. Dette gjelder spesielt den gruppen som forneker overdreven bruk av rus eller et rusmisbruk. Som vi har vært inne på tidligere, er det flere som har utviklet andre og mer raffinerte metoder for å identifisere slike tilfeller. Det betyr at mens skjemaet oppleves å ha et begrenset anvendelsesområde, dvs. til de gruppene som er åpne med sitt bruk av alkohol, er inntrykket at de metodene som uformes lokalt gjennom egen erfaring, tar sikte på å fange opp alle grupper.

Forholdet mellom Tweak og egenutviklede metoder kan forstås i lys av de kompetansebegrepene vi lanserte innledningsvis i rapporten. Mens Tweak representerer en eksplisitt kunnskap i form av en nedskrevet veiledning i hvordan rusbruk skal kartlegges, representerer de egenutviklede metodene den tause kunnskapen som baserer seg på erfaring og som i liten grad er eksplisitt formulert. Begge formene har sine svakheter. Erfaringene fra Tigris-kommunene viser at Tweak ikke i tilstrekkelig grad er internalisert eller integrert i det praktiske håndverket som en konsultasjon om rus og eventuelt rusmisbruk innebærer. Dette skyldes bl.a. opplevelsen av at skjemaet ikke representerer et helhetlig svar på det som kreves for å identifisere overdreven rusbruk eller misbruk. Dette kan også være utfordrende å implementere Tweak fordi det nok også representerer en metodikk som ikke uten videre er forenelig med den tillitsbaserte filosofien disse tjenestene bygger på. De egenutviklede metodene har på sin side svakheter i den forstand at de er «tause». Med dette menes at metodikken ikke er eksplisitt formulert og eksisterer kun som erfaringsbaserte handlinger hos den enkelte jordmor. Det betyr at denne kunnskapen blir personavhengig og kan ikke uten videre overføres til andre. Siden metodene ikke er eksplisitt uttrykt, er det også vanskelig å evaluere hvor virkningsfulle de faktisk er.

#### **4.4.4 Er det utarbeidet interne rutiner vedrørende håndtering av rus?**

Et av spørsmålene i mandatet er om tjenestene som er involvert i Tigris har utarbeidet interne rutiner for hvordan man håndterer rus. Dette spørsmålet tolker vi som rutiner for å informere eller samtale om rus, rutiner for å identifisere eller oppdage problematisk rusbruk og rutiner for å håndtere rusrelaterte problemer. Rutiner for håndtering av rusrelaterte problemer vil langt på vei berøre samarbeidsrutiner, noe vi vil behandle nærmere i avsnittet om samarbeid. I denne sammenheng vil vi derfor konsentrere oss om de to førstnevnte oppgavene.

Vi har tidligere vist at jordmødrene og 3/4 av helsesøstrene tar opp rusen skadevirkninger på faste tidspunkt i samtale med henholdsvis gravide og sped- og småbarnsforeldre. Dette må ses i sammenheng med at disse tjenestene normalt vil følge de anbefalte faste konsultasjonene i Helsedirektoratets veileder.<sup>9</sup>

Fra spørreundersøkelsen fremgår det videre at rustjenesten og barnevernet tar opp disse spørsmålene i større grad etter behov. Dette har en naturlig sammenheng med at samtalene i disse tjenestene normalt avhenger av de meldingene og undersøkelsen som ligger til grunn for sakene. Kart-

---

<sup>9</sup> «Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.» IS-1154, Helsedirektoratet.

legginger vil med andre ord foregå i form av mer grundige undersøkelser sammenlignet med kartleggingen hos jordmor og helsesøstrene. For rustjenesten vil spørsmålet sannsynligvis være vanskelig å svare på siden de på den ene siden forholder seg til voksne og på den andre siden vil rus gjelde i alle saker. Inntrykket fra case-undersøkelsene er imidlertid at de har rutiner for å sende meldinger til barnevernet dersom de har rusrelaterte saker hvor det er barn inne i bildet.

I spørreundersøkelsen ba vi også respondentene svar på to påstander om metodene eller rutinene for å ta opp rusmiddelrelaterte problemer med henholdsvis gravide og foreldre. Påstandene var formulert på følgende måte:

- Dersom jeg/vi hadde bedre metoder eller rutiner for å ta opp rusmiddelrelatert problematikk med gravide, ville det vært lettere å ta opp dette temaet.
- Dersom jeg/vi hadde bedre metoder eller rutiner for å ta opp rusmiddelrelatert problematikk med foreldre, ville det vært lettere å ta opp dette temaet.

Den første påstanden vil primært være relevant for jordmødrene. Svarene her er blandet i den forstand at omtrent halvparten er enig og halvparten uenig i påstanden. Disse svarene er helt uavhengig av om jordmødrene bruker Tweak eller ikke. Med andre ord er det jordmødre som bruker Tweak som likevel etterlyser bedre metoder eller rutiner. Dette kan bety at man dels har behov for bedre metoder eller rutiner og dels at det ikke er behov for slike. Som vi har vist tidligere er det også utstrakt bruk ikke-standardiserte metoder blant jordmødrene.

Den andre påstanden vil være relevant både for helsesøstertjenesten og barnevernet. Her finner vi at omtrent 70 prosent av helsesøstrene svarer at de er helt eller delvis enig i påstanden om at det ville vært lettere å ta opp rusmiddelrelatert problematikk med foreldre dersom tjenesten hadde hatt bedre metoder eller rutiner. Blant medarbeiderne i barnevernet er det derimot bare 35 prosent som svarer det samme. Det er rimelig å tolke disse resultatene dithen at det blant helsesøstrene etterlyses bedre metodikk, mens holdningene i barnevernet er mer delt.

For å sammenfatte kan det se ut til at det er rutiner for å ta opp rusproblematikk hos jordmor og helsesøstrene, mens dette er mindre rutinisert i barnevernet og rustjenesten. Når det gjelder rustjenesten, har fraværet av rutiner sin naturlige forklaring i at alle sakene normalt vil dreie seg om rus i denne tjenesten. Vi har ikke noen resultater fra spørreundersøkelsen som sier noe om det finnes rutiner eller ikke i forhold til å identifisere rusrelaterte problemer. Derimot har vi spørsmål om informantene opplever at dagens system er tilstrekkelig. Her finner vi at spesielt helsesøstrene opplever å ha behov for bedre metoder eller rutiner.

#### 4.4.5 Har Tigris bidratt til økt kunnskap og kompetanse?

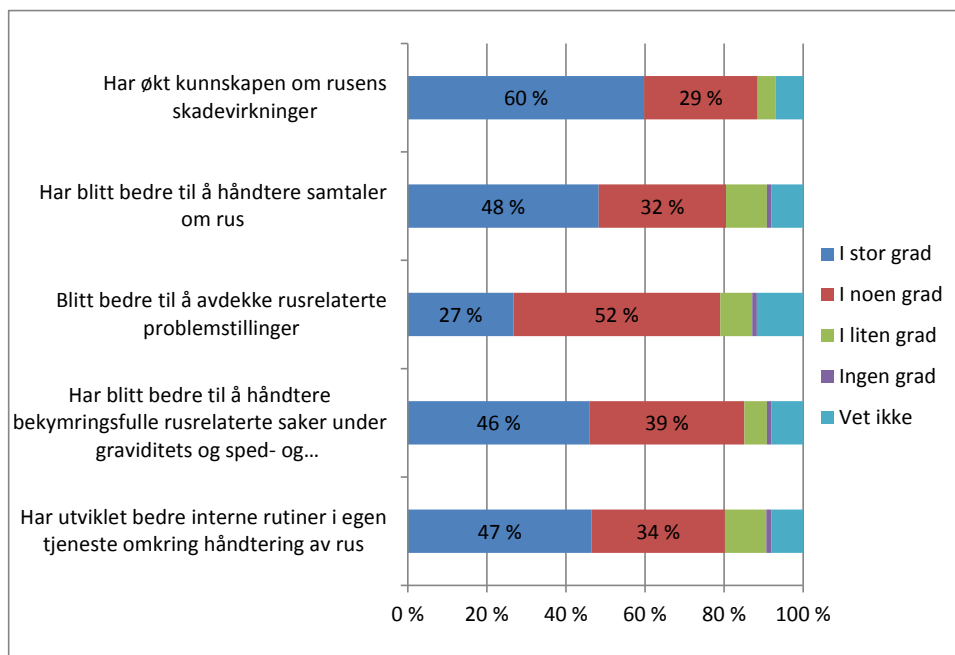
I hvilken grad har Tigris bidratt til økt kunnskap og kompetanse? Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at respondentene selv opplever å ha god kunnskap om skadevirkninger av rus, mens resultatene er noe mer blandet når det gjelder det å samtale om rus og avdekke rusrelaterte problemer. Siden undersøkelsen kun er gjennomført i etterkant av Tigrisprosjektet, er det vanskelig å si noe om i hvilken grad resultatene er effekter av å ha deltatt i prosjektet. Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene har vi derfor stilt spørsmål om deltakernes subjektive oppfatning av Tigrisprosjektets betydning for den kunnskapen og kompetansen som finnes i kommunene.

En forutsetning for å kunne mene noe om Tigris sin betydning, er at man kjenner til programmet. Av de som svarte på spørreundersøkelsen, var det vel 90 prosent som svarte at de kjente til at kommunen hadde deltatt i programmet. Disse ble i undersøkelsen spurt om betydningen av Tigris



i forhold til kunnskapen om rusens skadevirkninger, samtale om rus, avdekke rusrelaterte problemer og det å håndtere rusrelaterte bekymringsfulle saker.

Når vi analyserer disse svarene er det viktig å ta hensyn til at det er omtrent 10 prosent som ikke kjenner til Tigris, og at disse utelukkende er ikke-deltakere. Samtidig er det færre ikke-deltakere som svarer på dette spørsmålet enn deltakerne. Dersom vi ser bort i fra de 10 prosentene av ikke-deltakere som ikke kjenner til prosjektet, er det kun 60 prosent av ikke-deltakerne som svarer, mens det er mellom 90 og 95 prosent av deltakerne som svarer. Det betyr sannsynligvis at utvalget av ikke-deltakere er skjevt og at det innenfor denne gruppen befinner seg en andel på opp mot 40 prosent som ikke har svart fordi de ikke vet.



Figur 4.7 Medarbeidernes (de som er kjent med Tigris) vurdering av i hvilken grad Tigris har bidratt til økt kunnskap og kompetanse om rus og rusrelaterte problemstillinger. Prosent (N=86-87).

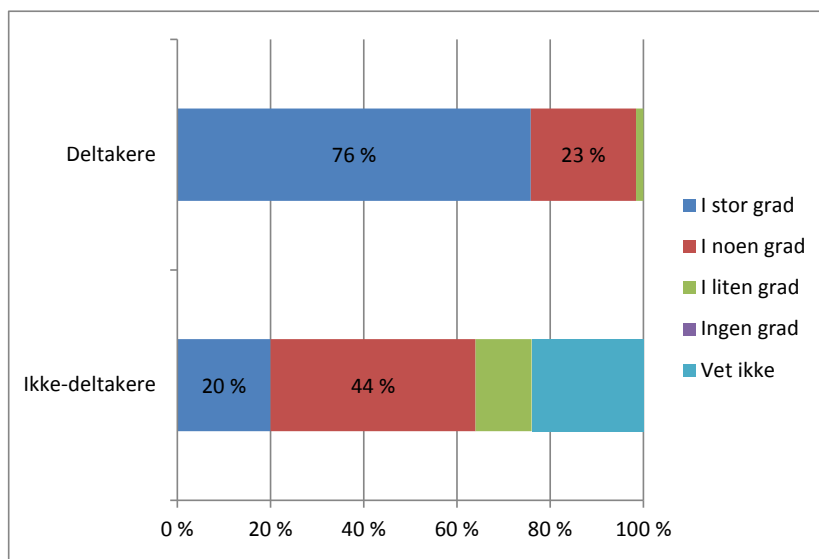
Figur 4.7 viser at det er en stor andel som svarer at Tigris har bidratt i noen eller stor grad til å heve kunnskapen og kompetansen på de ulike områdene. Ser vi på begge disse kategoriene samlet, er det liten forskjell mellom de ulike temaene. Derimot ser vi at svarene varierer en del når vi tar for oss de som svarer «i stor grad».

Figuren viser at 3 av 5 opplever at Tigris i stor grad har spilt en stor rolle i forhold til å øke kunnskapen om rusens skadevirkninger. Tilsvarende ser vi at det kun er vel halvparten som mener at Tigris i stor grad har bidratt til kompetanse i å håndtere samtaler om rus. I minst grad opplever deltakerne at Tigris har bidratt til å heve kompetansen i å avdekke rusrelaterte problemstillinger. Det er i underkant av 30 prosent som svarer at Tigris i stor grad har bidratt til dette.

Vi ser også at det er i underkant av halvparten som svarer at Tigris i stor grad har bidratt til at de i kommunen er bedre til å håndtere bekymringsfulle rusrelaterte saker og at de har utviklet bedre interne rutiner i egne tjenester omkring håndtering av rus.

Det er stor forskjell i svarene avhengig av om man har vært aktiv deltaker i Tigris eller ikke. For det første er det omtrent 1/4 av ikke-deltakerne som svarer at de ikke vet, mens det kun er én av

respondentene blant deltakerne som svarer «vet ikke». For det andre viser resultatene gjennomgående at deltakerne opplever at Tigris har spilt en langt større rolle enn ikke-deltakerne.



Figur 4.8 Deltakere og ikke-deltakeres vurdering av betydningen Tigris har hatt for å heve kompetansen omkring rusens skadevirkninger. Prosent (N=87).

Figur 4.8 viser at deltakerne legger langt større vekt på betydningen av Tigris sammenlignet med ikke-deltakerne. Av deltakerne er det 3/4 som svarer at Tigris i stor grad har bidratt til å øke kunnskapen og nesten 1/4 som mener Tigris i noen grad har bidratt. For ikke-deltakerne er det derimot kun 1/5 som svarer at Tigris i stor grad har bidratt til å øke kunnskapen, mens det er 44 prosent som mener dette i noen grad. I tillegg må vi her ta hensyn til at det er vel 40 prosent av ikke deltakerne som ikke har svart på dette spørsmålet, noe som sannsynligvis skyldes at de ikke vet. Med andre ord kan vi konkludere med at det er svært stor forskjell i vurderingen av Tigris sin betydning mellom deltakerne og ikke-deltakerne.

Tabell 4.9 Medarbeidernes (de som kjenner til Tigris) vurdering av i hvilken grad Tigris har bidratt til økt kunnskap og kompetanse om rus og rusrelaterte problemstillinger, fordelt på tjenester. Prosent (N=86-87).

	Jordmor	Helsesøster	Rustjeneste	Barnevern
Har økt kunnskapen om rusens skadevirkninger	92 %	79 %	84 %	73 %
Har blitt bedre til å håndtere samtaler om rus	96 %	72 %	77 %	51 %
Har utviklet bedre interne rutiner i egen tjeneste omkring håndtering av rus	80 %	71 %	81 %	57 %
Har blitt bedre til å håndtere bekymringsfulle rusrelaterte saker under graviditets og sped- og småbarnsperioden	76 %	71 %	84 %	60 %
Blitt bedre til å avdekke rusrelaterte problemstillinger	68 %	64 %	57 %	58 %

Tabell 4.9 viser at de som i første rekke opplever at Tigris har hatt betydning, er jordmødrene. Bortsett fra det å avdekke rusrelaterte problemstillinger, ser vi at jordmødrene skårer forholdsvis høyt på alle de øvrige påstandene. De som i minst grad opplever at Tigris har bidratt til økt kunnskap og kompetanse, er medarbeiderne i barnevernet. Her ser vi at det er relativt lave skårer på alle påstandene.

Gjennomgående viser resultatene at Tigris har hatt mindre å si i forhold til kompetanse i å avdekke rusproblematikk. Innenfor spesielt rustjenesten, men også barnevernet, kan disse resultatene forstås i lys av at det er kunnskap og kompetanse de generelt opplever å ha hatt fra før. I forhold til jordmortjenesten og helsestasjonen er det rimelig å tolke resultatene dithen at det å avdekke rusmisbruk generelt oppleves å være en vanskelig oppgave for disse tjenestene.

#### 4.4.6 Har Tigris bidratt til å spre kompetansen ut kommunene?

Gjennomgående viser resultatene over at det er klare forskjeller mellom deltakere og ikke-deltakere i forhold til den kompetansen og kunnskapen respondentene opplever å ha. Ikke overraskende opplever deltakerne å ha langt bedre kunnskap og kompetanse enn ikke-deltakerne. Dette kan for det første tolkes dithen at Tigris har hatt en effekt på de som har deltatt aktivt i programmet. For det andre kan resultatene tolkes i retning av at spredningen av kompetansen i kommunene ikke har vært like vellykket. Av de spurte ser vi at det er vel 10 prosent som ikke kjenner til prosjektet. Videre – på spørsmålet om virkningen av prosjektet – er det mange av ikke-deltakerne som svarer blankt, noe som kan tyde på at de ikke vet eller har grunnlag for å svare på spørsmålet. Blant de resterende ikke-deltakerne som svarer, er det likevel 3 av 5 som mener at Tigris har hatt stor betydning eller noe betydning for kunnskapen eller kompetansen om rus. Samlet sett kan vi derfor konkludere med at det har vært en spredning av kunnskap og kompetanse, men at spredningen har vært begrenset.

Dersom vi tar utgangspunkt i erfaringene fra case-undersøkelsene, ser vi at spredningen har foregått på tre måter. Den ene måten er at det informeres om handlingsveilederen og at denne gjøres tilgjengelig for andre medarbeidere. En annen måte er at temaene i Tigris tas opp på fagmøter eller personalmøter. Dette dreier seg således primært om muntlige formidlinger f.eks. om rusens skadevirkninger eller rutiner. En tredje måte er at andre medarbeidere inviteres inn i ressursgruppen eller tilsvarende grupper som etableres i etterkant av Tigris. I tillegg er det rimelig å anta at kunnskap og kompetanse fra Tigris også formidles gjennom det daglige arbeidet i de ulike tjenestene. De formene som benyttes for å formidle kompetansen videre ut i tjenestene, bærer imidlertid preg av å være mindre effektive formidlingsformer sammenlignet med det å delta aktivt i Tigris. Dette kan dermed også bidra til å forklare at det gjennomgående er forskjeller i resultatene mellom deltakerne og ikke-deltakerne.

#### 4.4.7 Oppsummering

En hovedkonklusjon fra dette kapitlet er at Tigris har bidratt til å heve kunnskap og kompetanse om rusens skadevirkninger, om hvordan man samtaler om rus og om hvordan man identifiserer eller oppdager problematisk rusbruk/misbruk. Størst synes betydningen av Tigris å ha hatt på kunnskapen om rusens skadevirkninger og på hvordan man samtaler om rus. Det kan se ut som at Tigris har hatt mindre betydning i forhold til det å identifisere eller oppdage problematisk rusbruk/misbruk. Dette gjelder i første rekke jordmor- og helsesøstertjenesten. Med kunnskap mener vi her at deltakerne i Tigris har kunnskap om de aktuelle temaene, og med kompetanse mener vi at kompetansen også er blitt en del av den praktiske hverdagen.

En annen hovedkonklusjon er at helsesøstrene i minst grad synes å ha opparbeidet seg kompetanse og kunnskap om rus, det å avdekke rusproblematikk og det å håndtere rusrelaterte saker. Tilsva-

rende finner vi også at jordmødrene opplever å ha mindre kompetanse i forhold til det å avdekke rusproblematikk og det å håndtere rusrelaterte saker. Disse resultatene må imidlertid forstås i lys av at både jordmor- og helsestasjonstjenesten er generalisttjenester som skal beherske mange saksområder. Til sammenligning med rustjenesten og barnevernet hvor det er vanlig å håndtere mer problematiske og tunge saker, vil slike saker være mindre vanlige for jordmødrene og helsesøstrene. For jordmødre og helsesøstrene vil det dermed også være mindre grunnlag for å opparbeide seg praktisk kompetanse på disse områdene. Det er likevel slik at en stor del av jordmødre og helsesøstrene også opplever å ha hatt et stort utbytte av Tigris. Sett i lys av at disse tjenestene ikke har hatt tradisjon for å håndtere rus generelt og tyngre rusproblematikk spesielt, er det kanskje også i disse faggruppene at potensiale for å øke kunnskapen og kompetansen er størst.

En tredje hovedkonklusjon er at de aktive deltakerne i Tigris opplever å ha tilegnet seg mer kompetanse enn ikke-deltakerne. Tolkningen av dette er at Tigris har bidratt til kompetanseheving overfor deltakerne, men i mindre grad overfor ikke-deltakerne. Det betyr også at programmet har vært mindre vellykket i å spre kompetansen ut til andre medarbeidere i kommunene.

Det kan være flere årsaker til at det har vært begrenset spredning av kompetansen fra Tigris og ut blant de øvrige medarbeiderne i de ulike tjenestene. For det første synes det å være en kritisk fase for ressursgruppene når det offisielle programmet avsluttes. Det fremkommer både i spørreundersøkelsen og fra case-kommunene at engasjementet har en tendens til å falle, nettopp i en periode da man ellers skulle forvente at kunnskapen ble spredt til andre medarbeidere i tjenestene. En annen forklaring kan være at tjenestene spesialiserer seg og at de som har deltatt i Tigris, får et særskilt ansvar for å håndtere rusrelaterte saker. Dette vil således bidra til å svekke motivasjonen for å drive utstrakt kompetansespredning til andre som ikke har dette som ansvarsområde. En tredje forklaring kan være at utskifting av medarbeidere hemmer spredning av kompetansen i Tigris. Dersom det kommer nye personer inn i stillinger eller posisjoner som tidligere var besatt av medarbeidere med erfaring fra Tigris, vil dette rimeligvis svekke spredningsaktiviteten. Til slutt vil spredning av kompetanse også være et spørsmål om tid og ressurser, samt det at temaet rus må kjempe om plass med andre viktige tema og prosjekter i kommunene.

Som pekt på over, er det usikkert med hensyn til hvorvidt kunnskapen om rus er implementert på en slik måte at den også kan sies å danne grunnlaget for den praktiske kompetansen som anvendes i håndteringen av rusrelaterte saker, spesielt det å avdekke rusmisbruk og det å håndtere konkrete saker med rusproblematikk. En viktig forklaring på dette er at slike saker forekommer sjeldent, spesielt hos jordmor og ved helsestasjonen. Det betyr at man i disse tjenestene får liten trening og medarbeiderne vil derfor måtte støtte seg til den eksplisitte kunnskapen som er nedfelt i handlingsveilederen og i interne regelverk. Vi har også pekt på at kunnskapen fra seminarne visket mer og mer ut over tid, selv om hovedbudskapene – om rusens potensielle betydelige konsekvenser – synes å sitte igjen. Dette kommer bl.a. til uttrykk ved at både aktive deltakere og ikke-deltakere ser behov for oppfrisking og formidling også etter at Tigris er over.

I kapitlet har vi også pekt på at det er få rusrelaterte saker som meldes fra jordmor og helsestasjonene, noe som bl.a. også påpekes fra enkelte i rustjenesten og barnevernet. En forklaring på dette vil naturlig nok være at sakene ikke blir identifisert. Dette igjen kan ha sammenheng med den kunnskapen og erfaringen man har i å håndtere slike saker. I mindre kommuner vil det dessuten være færre saker og man får dermed mindre trening i å håndtere dem.

I mandatet ble det også stilt spørsmål om deltakerkommunene har utarbeidet interne rutiner for å ta opp rus og rutiner for å identifisere rusrelaterte problemer. Resultatene viser at både jordmor og helsesøstrene har rutiner for å ta opp temaet rus under konsultasjonene. I barnevernet og i rustjenesten tas temaet derimot opp primært ved behov. Når det gjelder rustjenesten, har dette sin

naturlige forklaring i at alle sakene normalt vil dreie seg om rus i denne tjenesten. Når det gjelder spørsmålet om å identifisere rusrelaterte problemer, finner vi at det spesielt er helsesøstrene som opplever behov for bedre metoder eller rutiner.

Undersøkelsen viser at Tweak ikke har fått den utbredelse man hadde som målsetting. Generelt kan vi si at verktøyet fremstår som en oppskrift som nok ikke i tilstrekkelig grad har blitt internalisert og integrert i den samtaleformen som jordmødrene bygger sin virksomhet på. Dels dreier dette seg om hvordan Tweak skal kombineres med reflekterende samtalemetoder og dels om hvordan det skal kombineres med andre metoder for å identifisere skjult rusmisbruk.

## 4.5 Samarbeid mellom tjenestene

---

### 4.5.1 Innledning

Foruten det å gi kommunene kompetanse om rus, er det et sentralt mål med Tigris at de kommunale tjenestene samarbeider tett omkring saker med rus og rusrelaterte problemer. I denne delen har vi derfor tatt sikte på å belyse følgende to hovedspørsmål:

- I hvilken grad har Tigris bidratt til at nye prosedyrer og rutiner har blitt introdusert i tjenestene, herunder rutiner og prosedyrer for tjenestesamarbeid?
- Er det utviklet rutiner for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid når det gjelder oppfølging av barn og foreldre der det foreligger et bekymringsfullt rusmiddelbruk eller der det er mistanke om dette?

På samme måte som vi var opptatt av hvordan kunnskap om rus ble implementert som en del av den praktiske kompetansen, er vi også her opptatt av om kommunene har utarbeidet rutiner og hvorvidt rutinene blir anvendt i praksis. En forutsetning for samarbeidet og utvikling av samarbeidsrutiner, er også at hver av tjenestene utvikler egne rutiner. Som et grunnlag for å utarbeide slike rutiner er handlingsveilederen et sentralt verktøy. I tillegg vil ressursgruppen være en viktig arena for å utarbeide slike rutiner.

### 4.5.2 Hvem skal samarbeide med hvem?

Formålet med samarbeidet tjenestene imellom må forstås i lys av de ulike funksjonene tjenesten har. Jordmor og helsestasjonen kan her betraktes som en førstelinjetjeneste med den funksjon å gi informasjon og identifisere barn/foreldre hvor det er rusrelaterte bekymringer. Barnevernet og rus-tjenesten vil på sin side være en andrelinjetjeneste som skal håndtere problemfylte saker eller meldinger fra førstelinjen. I tillegg vil vi ha et grensesnitt mellom tjenestene som trekkes opp ved fødselen, og der jordmor og rustjenesten har et hovedansvar før fødsel og helsestasjon og barnevernet etter fødsel. Samarbeidet tjenestene imellom vil således i stor grad dreie seg om å definere roller, henvisnings- eller meldingsrutiner og ikke minst den generelle kommunikasjonen mellom tjenestene (se også oversikt i **Feil! Fant ikke referanse-kilden.**).

Det er minst tre samarbeidsrelasjoner som er av betydning i Tigris-prosjektet. For det første vil det være samarbeidsrelasjoner mellom jordmor og helsestasjonen. Her vil det her være fødselen som

definerer rollefordeling og grensesnitt mellom tjenestene. I og med at jordmor og helsestasjon har et definert ansvar før og etter fødsel, vil ansvarsforholdet og grensesnittet i utgangspunktet være rimelig godt avklart. I overgangsfasen kan det imidlertid være grunner som tilsier at det er behov for å utveksle eller overføre informasjon fra jordmor til helsesøster, eventuelt samordne informasjon til den gravide/mor. Et tiltak for å ivareta dette er f.eks. felles hjemmebesøk etter fødsel.

Den andre sentrale samarbeidsrelasjonen er mellom jordmor og rustjenesten. Her vil det være en mer reindyrket ansvarsdeling mellom jordmor som en førstelinje og rustjenesten som en andrelinje i de tilfeller der det er mistanke om rusmisbruk. Her vil grensene eller ansvarsfordelingen være mindre tydelig i den forstand at samarbeidsbehovet i praksis vil måtte basere seg på en mer skjønsmessig vurdering av jordmors bekymring. Foruten henvisninger eller meldinger, vil dette samarbeidet også innbefatte rutiner knyttet til kontroll av den gravide. Det spesielle i denne relasjonen er at tiden vil være en kritisk faktor for å unngå skade på foster. Det vil si at jo lengre tiden går, desto større er risikoen for at det oppstår skader. Strengt tatt kan vi si at handlingsrommet er mellom unnfangelse og fødsel, og jo nærmere fødsel, desto mindre vellykket er resultatet av samarbeidet.

Den tredje samarbeidsrelasjonen er mellom helsestasjon og barnevernet. Også her vil denne relasjonen bære preg av å være et forhold mellom en førstelinje og en andrelinje, men da i forhold til det fødte barn. I utgangspunktet vil samarbeidet dreie seg om helsestasjonens rolle som meldingsinstans og barnevernet som behandlende instans. I tillegg vil denne relasjonen også kunne bestå av mer uformelt samarbeid i form av informasjons- og kunnskapsutveksling.

Når det gjelder gravide eller sped-/småbarnsforeldre, er relasjonene mellom rustjenesten og barnevernet ikke alltid tydelige og eksplisitte. Mens rustjenesten i prinsippet skal forholde seg til det ufødte barn, har barnevernet ansvar for det fødte barn. Det vil likevel være aktuelt at rustjenesten og barnevernet samarbeider, f.eks. i forholdt til den gjensidige meldeplikten tjenestene har overfor hverandre, og i forhold til hjelpetiltak for foreldrene og familien som helhet.

I utgangspunktet vil det ikke være grensesnitt mellom jordmor og barnevernet eller mellom helsesøster og rustjenesten. Det kan likevel være tilfeller der det kan være aktuelt å samarbeide mellom disse tjenestene. Et eksempel vil være dersom barnevernet ønsker å planlegge en involvering i en sak før fødselen. Helsestasjonen vil også kunne ha relasjoner til rustjenesten som rådgivende instans dersom helsestasjonen har bekymring for barn. Her vil med andre ord helsestasjonen ha en annen rolle enn barnevernet som i prinsippet forholder seg til barnet, ikke foreldrene.

Ut over de fire tjenestene som er nevnt over, vil det også være andre tjenester som har relevans i arbeidet med rus og rusrelaterte problemstillinger i kommunene. En viktig aktør er fastlegene. Foruten fastlegen vil det kunne være barnehage, PPT, psykisk helse eller andre tjenestekonstruksjoner. I denne sammenhengen vil vi imidlertid trekke fram legene fordi disse langt på vei vil ha samme funksjon som jordmor. I praksis betyr det at gravide har to innganger til tjenesteapparatet: fastlegen og jordmor. Det er jordmor som primært har deltatt i prosjektet og det har vært liten aktiv deltakelse fra legene. Denne problemstillingen kommer vi nærmere inn på nedenfor.

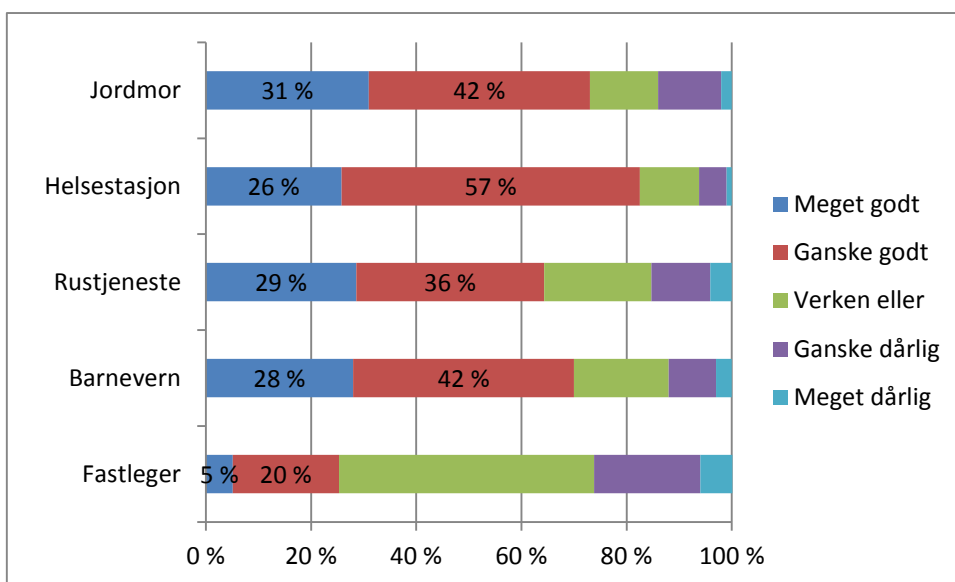
### 4.5.3 Kjennskap til hverandre?

En viktig premisse for å få til et samarbeid er at man har kjennskap til de samarbeidende aktørenes oppgaver, ansvar og lovverk. Det er flere grunner til dette. For det første er det viktig å kjenne til hva andre tjenester kan og ikke kan bidra med i konkrete saker. For det andre er det viktig å vite når man kan ta kontakt med andre tjenester. For det tredje bidrar kjennskapet til andre tjenester

til å bryte ned myter og forestillinger om hverandre. Sist, men ikke minst er det viktig å ha kunnskap om hvilken kapasitet andre tjenester har og prioriteringer andre tjenester gjør.

### *Kjennskap til andre tjenester*

Både i spørreundersøkelsen og i intervjuene til deltakerne i Tigris-prosjektet har vi stilt spørsmål om kjennskapen de ulike tjenestene har til hverandre. Et viktig mål med Tigris har også vært å spre kunnskap ut i kommunen til medarbeidere som ikke har deltatt aktivt i undervisning eller ressursgruppen. I den sammenheng har vi derfor også undersøkt hvorvidt kjennskapen til hverandres tjenester varierer mellom de som har deltatt aktivt og ikke-deltakere. I lys av de relasjonene tjenestene har til hverandre, er det også rimelig å anta at enkelte tjenester har bedre kjennskap til hverandre enn andre. Dette gjelder spesielt forholdet mellom jordmor og rustjenesten på den ene siden og helsestasjonen og barnevernet på den andre.



Figur 4.9 Kjennskapen respondentene samlet har til de enkelte tjenestene (N=100 ).

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmålet om respondentene kjenner til andre tjenesters lovverk, rutiner og arbeidsmetoder relatert til rus hos gravide og småbarnsforeldre. Figur 4.9 viser hvor god kjennskap respondentene samlet sett har til de ulike tjenestene. Dersom vi slår sammen kategorien ganske og meget godt, ser vi at helsestasjonen er den tjenesten respondentene generelt sett er best kjent med. Ellers er det små variasjoner mellom de fire kjernetjenestene jordmor, helsestasjon, rustjenesten og barnevernet. Fastlegene skiller seg imidlertid ut fra de øvrige ved at det er relativt få som opplever å kjenne til deres virksomhet. Dette kan forklares ved at de ikke har deltatt i alle kommunene og dels at de i praksis har vært lite tilstede der de formelt er oppført som deltakere. Erfaringene fra de fem case-kommunene vi har besøkt viser at fastlegene i all hovedsak kun har deltatt på papiret.

Tabell 4.10 Sammenligning av deltakere og ikke deltakere mht. kjennskapen til de ulike tjenestene. Skår fra 0-100 prosent (N=100)

	Deltakere	Ikke-deltakere	Totalt
Jordmor	83 %	56 %	72 %
Helsestasjon	81 %	66 %	75 %
Rustjeneste	78 %	54 %	68 %
Barnevern	75 %	65 %	71 %
Fastleger	53 %	45 %	50 %

Tabell 4.10 viser at det er stor forskjell mellom deltakere og ikke deltakere i deres kjennskap til andre tjenester. Dette gjelder i første rekke de involverte tjenestene og i mindre grad fastleger. At forskjellen er mindre når det gjelder fastlegene må forstås i lys av at disse i liten grad har deltatt i prosjektene. Tabellen inneholder for øvrig prosentskårer som er beregnet på basis av andelene som svarer meget god, ganske godt osv. Skalaene går fra 0 til 100 der 0 innebærer at alle svarer «meget dårlig» og 100 at alle svarer «meget godt» En skåre på 50 innebærer at det er like mange svarer godt og dårlig, eventuelt at alle svarer «verken eller».

Tabell 4.11 Kjennskap til andre tjenesters lovverk, rutiner og arbeidsmetoder. Skåre fra 0-100 prosent (N=100).

Kjennskap til:	Jordmor	Helsesøster	Rustjeneste	Barnevern	Fastleger	PPT
Jordmor		80 %	68 %	61 %	55 %	46 %
Helsesøster	71 %		54 %	58 %	43 %	41 %
Rustjeneste	62 %	60 %		72 %	54 %	43 %
Barnevern	70 %	70 %	67 %		59 %	62 %

Tabell 4.11 viser hvor godt de ulike tjenestene kjenner til hverandre. Denne tabellen baserer seg på tilsvarende skårer fra 0-100 prosent som i forrige tabell.

Med bakgrunn i at jordmor og helsestasjon tradisjonelt har et tett samarbeid og i mange tilfeller er samlokalisert, er det rimelig å forvente at disse tjenestene har god kjennskap til hverandre. Tabellen bekrefter langt på vei dette. Vi ser at jordmødrene har en relativt høy skåre i forhold til den kjennskapen de har til helsestasjonen (80 prosent). Helsesøstrenes kjennskap til jordmødrene er også høy (71 prosent), men ikke like god som den kjennskapen jordmødrene har til helsesøstrene.

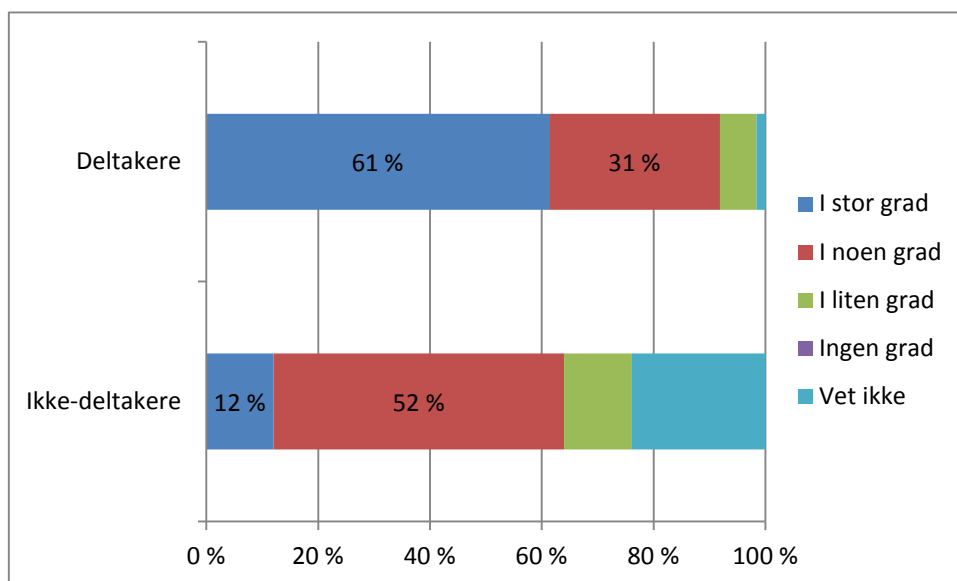
Vi bør også forvente at jordmødrene har god kjennskap til rustjenesten i og med at dette er deres primære samarbeidspartner når det gjelder rus og gravide. En skåre på 68 prosent innebærer imidlertid at flere opplever å ha begrenset kjennskap til tjenesten. Går vi bak indeksen, ser vi at det bare er noe over halvparten av jordmødrene som opplever at de har god kjennskap, mens de øvrige svarer «verken eller» (36 prosent) og «dårlig» (10 prosent). Samtidig ser vi at rustjenestens kjennskap til jordmor ikke er spesielt høy (62 prosent).

Den tredje relasjonen vi har forventninger til er forholdet mellom helsestasjonen og barnevernet. Her finner vi imidlertid en skåre på bare 58, noe som innebærer at det bare er vel halvparten som



svarer at de har god kjennskap til barnevernet. Vi finner derimot at barnevernets kjennskap til helsestasjonen er bedre (70 prosent) enn den kjennskapen helsestasjonen har til barnevernet. Vi skal komme nærmere tilbake til mulige forklaringer på dette nedenfor.

Sett i lys av resultatene over, er det noe overraskende at rustjenesten og barnevernet har såpass god kjennskap til hverandre. Barnevernets kjennskap til rustjenesten oppnår en skår på 67 prosent og rustjenestens kjennskap til barnevernet en skår på 70 prosent. Dette til tross for at disse i prinsippet har lite med hverandre å gjøre i konkrete saker.



Figur 4.10 Har kjennskapen til hverandre blitt bedre etter Tigris? Deltakere og ikke-deltakere. Prosent (N=87).

Vi har også et spørsmål som går ut på om kjennskapen til hverandre er blitt bedre etter Tigris. Samlet sett svarer de aller fleste at kjennskapen til de øvrige tjenestene er bedre (47 prosent svarer i stor grad og 37 i noen grad). Dette varierer imidlertid mellom deltakerne og ikke-deltakerne. Mens det blant ikke-deltakerne bare er 12 prosent som svarer i stor grad (64 prosent i stor/noen grad), er tilsvarende for deltakerne hele 61 prosent (92 prosent i stor/noen grad).

En åpenbar forklaring på at målene på hvor god kjennskap de ulike tjenestene har til hverandre ikke er høyere, er at utvalget består av både deltakere og ikke-deltakere. Vi så tidligere at det var stor forskjell mellom deltakere og ikke-deltakere i hvor godt de ulike tjenestene kjente til hverandre, og i figuren over ser vi at Tigris-deltakerne i klart større grad opplever å ha hatt en effekt av å delta i programmet. Dette resultatet kan bety at Tigris har hatt en god effekt på deltakerne, men samtidig at programmet har hatt liten spredningseffekt ut over de som aktivt har deltatt i programmet.

#### 4.5.4 Har kommunene aktive samarbeidsrutiner

Et mål med Tigris er at de fire kjernetjenestene utarbeider samarbeidsrutiner seg imellom. I spørreundersøkelsen stilte vi derfor spørsmål om det var utarbeidet skriftlige samarbeidsrutiner mellom tjenestene omkring rusmiddelbruk i graviditets- og småbarnsperioden. Det var i alt 70 prosent

som svarte at det fantes slike rutiner, omkring 10 prosent som svarte at det ikke var slike rutiner og de resterende svarte at de ikke visste.

I 12 av de 13 medvirkende kommunene, er det respondenter som svarer positivt på at det finnes samarbeidsrutiner i kommunen. Samtidig finner vi at det i 5 av de 12 kommunene er respondenter som svarer at det ikke finnes slike rutiner. De som svarer at det ikke finnes slike rutiner er i et klart mindretall, og det er derfor rimelig å tolke disse svarene som at man ikke kjenner til de rutinene som finnes. Alt i alt er svarene her noe tvetydige og det er rimelig å tolke dem dithen at det hersker en viss usikkerhet omkring det finnes rutiner eller ikke.

Resultatene viser ellers at det er en klart større andel av de aktive deltakerne som svarer at det finnes rutiner (75 prosent) sammenlignet med ikke-deltakerne (58 prosent). Det interessante her er at selv blant de aktive deltakerne – som vi skulle forvente hadde kjennskap til saken – er det uenighet i enkelte kommuner om det finnes samarbeidsrutiner. Det er for øvrig innen barnevernet og i rustjenesten at de er mest usikre på om det finnes samarbeidsrutiner.

I undersøkelsen stilte vi også spørsmål om respondentene hadde fått opplæring i samarbeidsrutiner. Her svarte 66 prosent at de hadde fått slik opplæring. Ikke overraskende er det stor forskjell mellom deltakerne og ikke-deltakerne. Mens det er 80 prosent av deltakerne som svarer at de har fått slik opplæring, er det bare 42 prosent av ikke-deltakerne som svarer det samme. Dette tyder på at det har vært begrenset spredning av rutinene overfor de som ikke har deltatt aktivt i prosjektet. Det er imidlertid ingen store forskjeller mellom tjenesten i hvor stor andel som oppgir at de har fått opplæring i samarbeidsrutiner.

#### 4.5.5 Hvordan fungerer samarbeidsrutinene?

Selv om det finnes skriftlige rutiner, betyr det ikke nødvendigvis at rutinene fungerer i praksis. Hvorvidt rutinene reflekteres i det praktiske samarbeidet, er ikke minst relevant med tanke på at effekten av Tigris kan ha hatt en begrenset virkning til de som har deltatt aktivt. I spørreundersøkelsen ba vi respondentene svar på hvor enig eller uenige de var i ulike påstander om samarbeidsrutiner mellom tjenestene. De fire påstandene var som følger:

1. Jeg/vi sørger alltid for etablering av tverretatlig samarbeid, slik at barn som har behov for det sikres langsiktig oppfølging.
2. Ved mistanke om rusmisbruk hos gravide som har belastende rusbruk, sender jordmor alltid melding eller tar kontakt med rustjenesten i kommunen.
3. Ved mistanke om rusmisbruk hos foreldre som har belastende rusbruk, sender helsestasjon alltid melding eller tar kontakt med barnevernet i kommunen.
4. Det er enkelt å ta kontakt med andre tjenester ved behov for råd eller veiledning ved mistanke om belastende rusbruk hos gravide/småbarnsforeldre.

Samlet var det 33 prosent som svarte at de var enige og 44 prosent at de var delvis enige i den første påstanden om tverretatlig samarbeid. Det er ikke vesentlige forskjeller i svarene mellom deltakere og ikke-deltakere eller mellom de ulike tjenestene i forhold til denne påstanden. Selv om det er 1/3 som er helt enig i at de alltid etablerer slikt samarbeid, er det likevel nesten halvparten som svarer at de bare delvis er enig, og nesten 1/4 som ikke er enig i påstanden. Med andre ord er det rimelig å tolke svarene dithen at respondentene har en viss erfaring med at relevante saker ikke fanges opp i tverretatlige samarbeid. Dette kan skyldes at saker ikke meldes inn, at man ikke har egnede fora eller at det er mangel på kapasitet. I tillegg skal vi heller ikke se bort i fra at det kan være uenighet om behovet for slike fora.

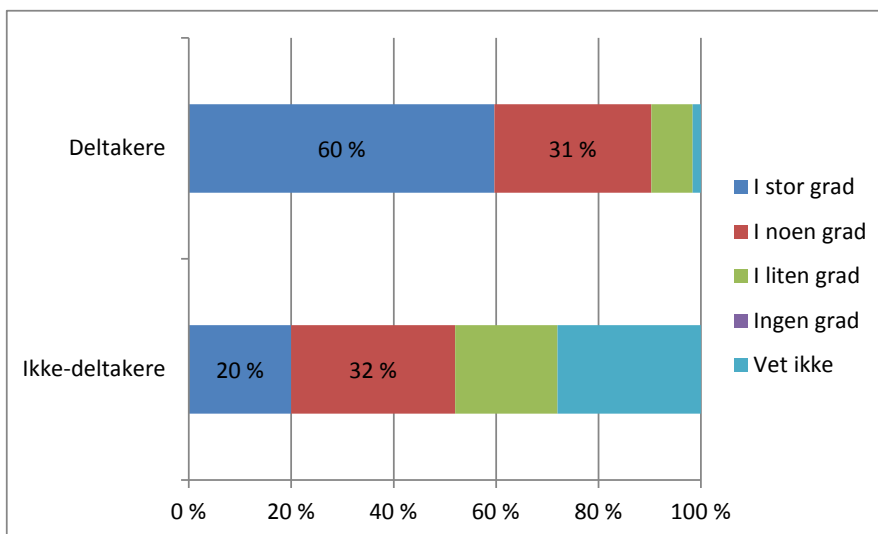
Av de som svarte på den andre påstanden, er det 50 prosent som svarer at de er helt enige og 20 prosent som er delvis enige i påstanden om at jordmor alltid sender melding til rustjenesten (omtrent 15 prosent svarte vet ikke/ikke relevant). Her ser vi imidlertid at det er stor forskjell i svarene til deltakere og ikke-deltakere. Nesten samtlige av deltakerne svarer at de er helt eller delvis enige, mens for ikke-deltakerne er andelen 60 prosent. Det er rimelig å anta at den lave andelen blant ikke-deltakerne er mer et uttrykk for usikkerhet eller uvitenhet mer enn at det er uttrykk for de faktiske forholdene. Ellers finner vi at jordmødrene er noe mer tilbøyelige til å svare at de er enig denne påstanden enn det rustjenesten er.

I forhold til den tredje påstanden om helsestasjonens tilbøyelighet til å sende meldinger til barnevernet, er det 35 prosent som svarer at de er helt enige og 35 prosent som svarer at de er delvis enige (20 prosent svarer vet ikke/ikke relevant). Det er også her en større andel av deltakerne som svarer at de er helt eller delvis enige i påstanden enn blant ikke-deltakerne. Nesten samtlige av deltakerne svarer at de er helt eller delvis enige, mens det er 75 prosent av ikke-deltakerne som svarer det samme. Vi finner også at helsesøstrene i større grad enn barnevernet svarer at de er enige i påstanden om at helsestasjonen sender melding. Med andre ord er barnevernet – som mottakere av meldinger – noe mindre enig i at helsestasjonen sender meldinger enn det helsestasjonen selv er.

I forhold til den fjerde påstanden om det er enkelt å ta kontakt med andre tjenester, svarer 56 prosent at de er helt enige og 28 prosent at de er delvis enige. Her går det også et klart skille mellom deltakerne og ikke deltakerne. Her svarer 90 prosent av deltakerne og 75 prosent av ikke-deltakerne at de er helt eller delvis enige i påstanden. Her er det ingen vesentlige forskjeller i svarene mellom tjenestene.

De aller fleste respondentene svarer også at de er trygge på hvem de skal samarbeide med i konkrete tilfeller omkring bekymring eller hvem som har ulike ansvarsområder i kommunen. Noe over 40 prosent svarer at de er trygge på dette og noe over 50 prosent svarer at de er ganske trygge. Blant de som ikke har deltatt i Tigris er andelen som svarer at de er meget trygge noe mindre (omtrent 25 prosent). Her finner vi igjen at det er forskjeller mellom deltakere og ikke-deltakere. Det er ingen forskjeller mellom tjenestene.

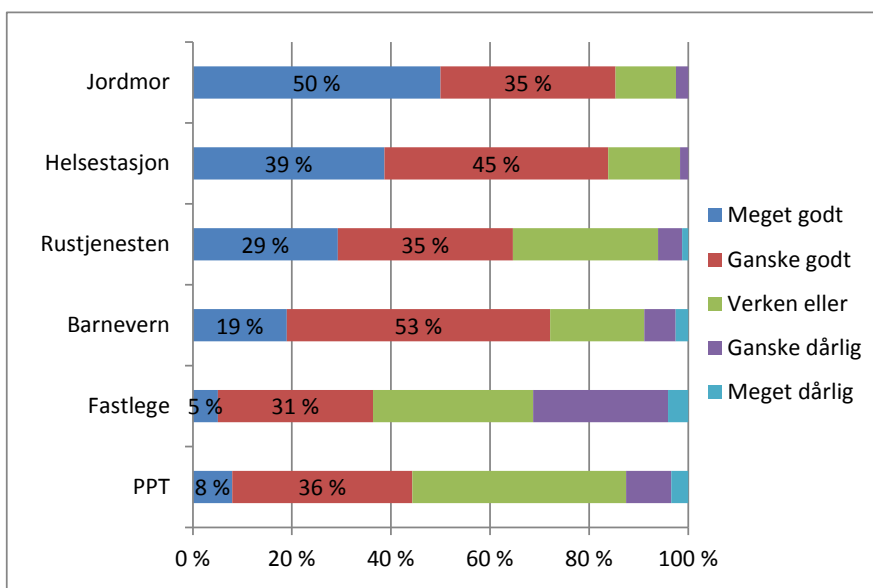
I spørreundersøkelsen stilte vi også spørsmål om Tigris hadde bidratt til å bedre samarbeidsrutinene mellom tjenestene? Som på spørsmålene over ser vi at det er stor forskjell i svarene mellom deltakerne og ikke-deltakere. Dette må tolkes dithen at de samarbeidsrutinene som er utviklet, er mer kjent for deltakerne enn for ikke-deltakerne, og at informasjonen om dem ikke i tilstrekkelig grad har vært spredt ut i de ulike tjenestene. Det er også rimelig å anta at de som har deltatt aktivt i å diskutere og utforme rutinene i større grad har kjennskap til rutinene enn de ikke-deltakerne som eventuelt får formidlet rutinene i form av skriftlige dokumenter.



Figur 4.11 Har Tigris bidratt til å bedre samarbeidsrutinene mellom tjenestene? Deltakere og ikke-deltakere. Prosent (N=87).

#### 4.5.6 Hvordan opplever tjenestene samarbeidsrelasjonene

Et samarbeid mellom tjenestene vil i stor grad bygge på skriftlige rutiner eller rutiner nedfelt i den daglige praksis og tradisjoner. I tillegg til dette vil samarbeidet også innbefatte både formell og uformell kommunikasjon mellom tjenestene, kommunikasjon som ikke nødvendigvis er nedfelt i rutiner. Dette kan dreie seg om alt fra konkrete møteplasser til ad hoc henvendelser omkring konkrete saker eller tilfeldige treffpunkter. Det generelle samarbeidet vil således være et produkt av både formelle og uformelle rutiner, praktiseringen av disse og ikke minst annen formell eller uformell kommunikasjon.



Figur 4.12 Tjenestenes generelle vurdering av samarbeidsrelasjonene andre tjenester (N=63-100).

Figur 4.12 viser hvor godt eller dårlig andre tjenester samlet vurderer samarbeidet med de fire kjernetjenestene, fastlegene og PPT. De aller fleste opplever samarbeidet med jordmor og helsestasjonen som godt (ca. 85 prosent). En noe mindre andel opplever å ha et godt samarbeid til rustjenesten og barnevernet som godt (hhv 74 og 72 prosent). Fastlegene skiller seg imidlertid ut fra de øvrige. Her er det kun 36 prosent som opplever å ha et godt samarbeid. Som nevnt tidligere, kan dette ha sammenheng med at fastlegene i liten grad har vært aktivt med i prosjektet. Samtidig er det også rimelig å anta at det har sammenheng med den organisatoriske tilknytningen fastlegene har til kommunen sammenlignet med de øvrige tjenestene. Til slutt ser vi at det er få som opplever samarbeidet med PPT som godt. Forklaringen kan være som for fastlegene, at PPT i liten grad har deltatt i prosjektet og at denne tjenesten ikke har en like naturlig tilknytning til de øvrige tjenestene.

Tabell 4.12 Tjenestenes generelle vurdering av samarbeidsrelasjonene til ulike tjenester, fordelt mellom deltakere og ikke-deltakere. Skåre fra 0-100 prosent (N=63-100)

	Deltakere	Ikke-deltakere	Totalt
Jordmor	87 %	78 %	83 %
Helsestasjon	83 %	74 %	80 %
Rustjeneste	75 %	65 %	72 %
Barnevern	73 %	65 %	70 %
Fastlege	52 %	51 %	52 %
PPT	62 %	55 %	59 %

Tabell 4.12 viser forskjellen i skåre (fra 0-100 prosent) mellom deltakerne og ikke-deltakerne på spørsmålet om samarbeidsrelasjonene. Generelt ser vi at de som har deltatt aktivt i prosjektet, opplever å ha bedre samarbeidsrelasjoner til de øvrige tjenestene enn det ikke-deltakerne opplever. Dette gjelder i alle tilfeller bortsett fra samarbeidet med fastlegene. Her ser det ut til at Tigris ikke har hatt noen betydning, noe som har sin naturlige forklaring i at legene i liten grad har deltatt. Samtidig kan dette underbygge at Tigris faktisk har hatt en effekt i forhold til samarbeidet mellom de øvrige tjenestene, dvs. at forskjellene mellom deltakere og ikke-deltakere faktisk er en effekt av Tigris.

Tabell 4.13 Hvor godt samarbeid er det mellom tjenestene. Skåre fra 0-100 prosent (N=63-100).

Samarbeid med:	Jordmor	Helsesøstere	Rustjeneste	Barnevern	Fastlegen	PPT
Tjeneste						
Jordmortjenesten	-	87 %	77 %	69 %	48 %	-
Helsesøstertjenesten	87 %	-	67 %	66 %	50 %	74 %
Rustjeneste	83 %	74 %	-	73 %	65 %	-
Barnevern	75 %	82 %	75 %		47 %	71 %

Tabell 4.13 viser hvordan respondentene fra de ulike tjenestene opplever samarbeidet til andre tjenester (målt som prosentskåre fra 0-100). Som forventet ser vi at jordmortjenesten og helsesøstertjenesten opplever å ha et gjensidig godt samarbeid, dvs. at jordmor opplever å ha et godt forhold til helsesøstrene (87 prosent) og helsesøstrene tilsvarende har et godt forhold til jordmødrene (87 prosent). Jordmødrene har også som forventet, gode samarbeidsrelasjoner til rustjenesten (77

prosent). Men her må vi ta hensyn til at alle jordmødrene har deltatt i tiltaket, noe som sannsynligvis bidrar til den høye skåren.

Helsesøstrene opplever som nevnt et godt samarbeid med jordmødrene. Derimot ser vi at samarbeidet til helsestasjonens naturlige partner – nemlig barnevernet – får en lavere skåre (66 prosent) sammenlignet med jordmødrenes samarbeid med rustjenesten. Dette har som nevnt, trolig sammenheng med at alle jordmødrene har deltatt aktivt i Tigris, mens det bare er 55 prosent av helsesøstrene som har deltatt aktivt.

Det er for øvrig interessant at barnevernet opplever samarbeidet med helsesøstrene som bedre enn helsesøstrenes opplevelse av samarbeidet med barnevernet. Barnevernets opplevde samarbeid med helsesøstrene får en skåre på 82 prosent, mens helsesøstrenes vurdering av samarbeide med barnevernet har som nevnt en skåre på bare 66 prosent. Vi ser også tendens til det samme i forholdet mellom rustjenesten og jordmor, men her er forskjellene klart mindre (83 prosent mot 77 prosent).

Ellers viser tabellen at både jordmødre, helsesøstre og barnevernet vurderer samarbeidet med legene som ikke spesielt godt (skåre på omtrent 50 prosent). Her skiller imidlertid rustjenesten seg fra de tre øvrige tjenestene med en skåre på 65 prosent.

#### 4.5.7 Hva fungerer bra og hva fungerer ikke bra?

I spørreundersøkelsen stilte vi også et åpent spørsmål om hva som eventuelt fungerte bra med samarbeidet og hva som ikke fungerte bra i samarbeidet mellom tjenestene.

Det er tre tema som går igjen i kommentarene om hva som fungerer bra i samarbeidet. Stikkordsmessig dreier dette seg om:

- kunnskap om hverandres tjenester
- samarbeidsrutiner
- samarbeidsfora

Det er flere som er inne på at Tigris har bidratt til at tjenestene har blitt bedre kjent med hverandre. Erfaringene fra case-undersøkelsene viser også at det gjennom prosjektperioden skapes innsikt i hverandres tjenester som bidrar til å skape forståelse og til å bygge ned myter. Et klassisk eksempel på dette er kritikken mot barnevernet som «ikke gjør noe» og «ikke informerer om hva som skjer med saker som meldes». Case-undersøkelsen viser at samarbeidet i ressursgruppene langt på vei har bidratt til å oppklare disse spørsmålene.<sup>10</sup>

I kommentarene fra spørreundersøkelsen er det mange som viser til at rutinene som er utarbeidet, har bidratt til et godt samarbeid. I den sammenheng er det flere som peker på behovet for at rutinene er konkrete og at de omfatter utførelsedene i de ulike tjenestene. Ut over dette fremgår det ikke nærmere hva slags rutiner det er snakk om eller hvordan de fungerer. Fra case-undersøkelsene har vi imidlertid erfart at gode rutiner svarer på hvem man skal henvende seg til i hvilke situasjoner og hvordan slike henvendelser skal foregå. I en av kommentarene fremgår det også at de har utarbeidet et flytskjema som grunnlag for samarbeidet mellom tjenestene.

---

<sup>10</sup> Det første dreier seg om at foreldre nekter å ta imot tilbud fra barnevernet, hvilket betyr at barnevernet ikke kan gripe inn dersom saken ikke er av en slik art at omsorgsovertakelse er aktuelt. Det andre dreier seg om barnevernets taushetsplikt.

Det tredje temaet som tas opp av flere, er samarbeidsforaene. Av disse kommentarene fremgår det at foraene for det første har sitt utspring i ressursgruppene i Tigris og at de er formalisert i form av faste møtetidspunkt. Det ser imidlertid ut til å være sjeldnere møtehyppighet enn man hadde i ressursgruppene under Tigris. Erfaringene fra case-kommunene viser for øvrig at det er en del diskusjoner omkring videreføring av ressursgruppen etter at prosjektperioden er over. Dette dreier seg både om møtehyppighet, hvilke tjenester som skal være med og hva slags rolle gruppen skal ha. Erfaringene viser videre at kommunene i varierende grad lykkes med denne overgangen.

I spørreundersøkelsen er det også mange kommentarer på forhold ved samarbeidet som er mindre vellykket. Langt på vei dreier dette seg om de samme forholdene som andre kommenterer at de har lykkes med, dvs. at ikke kjenner hverandre godt nok, at rutinene ikke er gode nok og at samarbeidsforaene ikke fungerer. Ut over dette kommenteres det at samarbeide med legene fungerer dårlig eller er fraværende.

#### 4.5.8 Samarbeidet med fastlegene

Vi har sett over at aktørene i Tigris opplever at samarbeidet med fastlegene ikke er optimalt. Fastlegenes involvering synes også å være et savn i alle case-kommunene. En viktig årsak til dette er at fastlegene langt på vei vil ha den samme rollen som jordmor og dermed være en viktig henvisningsinstans til spesielt rustjenesten. Dette mer eller mindre overlappende ansvarsforholdet vil også kunne skape situasjoner hvor det oppstår uklarheter omkring hvem som faktisk gjør hva i tilfelle det oppstår kritiske situasjoner. Ifølge enkelte informanter er det også slik at legene i varierende grad er opptatt av rusproblematikk.

*«Vi har vært ganske overgitt over forholdet vi har hatt til helsetjenesten [fastlegene]. Fastlegen har jo et forhold til dem fra før, men når det da kommer en graviditet, så virker det som at fastlegene har lavere terskel for å melde til jordmor enn til oss i sosialtjenesten.»*

I følge en informant fra rustjenesten er hovedproblemet at det sjeldent kommer bekymringsmeldinger fra fastlegen.

*«Men det er altfor sjeldent at det kommer bekymringsmelding fra fastlegene. Da er det de på fødestuen på sykehuset som oppdager ting og varsler barnevernet. Det skjer, og da har ikke vi fått mulighet til å gjøre en jobb i forhold til det ufødte liv som vi eller kan. Det er alvorlig og beklagelig.»*

I følge den samme informanten har legene en tilbøyelighet til heller å henvende seg til jordmor enn til rustjenesten.

Det kan være flere forklaringer på at rustjenesten opplever å ikke få bekymringsmeldinger fra fastlegene. En forklaring kan være – på samme måte som for jordmødrene – at det er vanskelig å avdekke rusproblematikk. Som vi har vært inne på tidligere er det rimelig at man også overfor lege vil forsøke å skjule overdreven bruk av rus eller rusmisbruk, og at det er vanskelig å avdekke slike forhold under en kort konsultasjon. En annen forklaring – som antydes fra en ruskonsulent – er at det for fastlegene – på linje med både jordmødre og helsesøstre – kan oppleves å være vanskelig på en og samme tid å være både en tillitsperson og en «angiver». En tredje forklaring kan selvfølgelig også være at meldeplikten som er nedfelt i loven om helsepersonell ikke er like godt kjent hos alle, eller at alle ikke er like bevisst denne.

En tilsvarende problemstilling som nevnes, er at det gjerne kan være et samarbeid mellom lege og jordmor, men at kommunikasjonen til rustjenesten ikke er like god. Ifølge en informant er det en utfordring at rustjenesten ikke holdes løpende orientert om de prøvene som tas. Dette vil også avheng av i hvilken grad det er fastlegene eller jordmor som tar slike prøver.

En tredje problemstilling som nevnes er at fastlegene ikke nødvendigvis gir den samme informasjonen til gravide som ellers er rådene som gis fra helsesøster (eller andre i Tigris). Ifølge en fra rustjenesten er det i kommunen bl.a. uenighet i kommunen om medikamentbruk under graviditet.

En fjerde problemstilling går ut på at samarbeidet med fastlegene kan være utfordrende i den forstand at de ikke opptrer som én aktør og at hver og en av dem opptrer uavhengig av hverandre. Enkelte antyder også at legene kan ha ulike holdninger og oppfatninger om skadevirkninger, det å ivareta tillitsforholdet til pasientene og kunnskapen om eller praktiseringen av meldeplikten.

Et gjennomgående inntrykk er at fastlegene i liten grad har vært involvert i Tigris. Ifølge flere informanter representerer dette en svakhet i samarbeidsrelasjonene, spesielt når det gjelder gravide. I de kommunene som omfattes av denne evalueringen har tanken vært å involvere legene på samme måte som de andre tjenestene, dvs. gjennom deltakelse på seminar og deltakelse i ressursgruppene. Praksis har imidlertid vist at legene i liten grad har deltatt. I de kommunene som var i ferd med å gjennomføre Tigris på undersøkelsestidspunktet, har legene imidlertid blitt involvert på en annen måte. Dette har dreid seg om å invitere legene til et eget møte der man går gjennom informasjonsmateriell om rusens skadevirkninger og om det ansvaret legene har i forhold til gravide rusmisbrukere. Erfaringene fra disse møtene har gjennomgående vært positive i den forstand at legene har vist interesse for temaet og samtidig gitt uttrykk for et ønske om å involvere seg i samarbeidet.

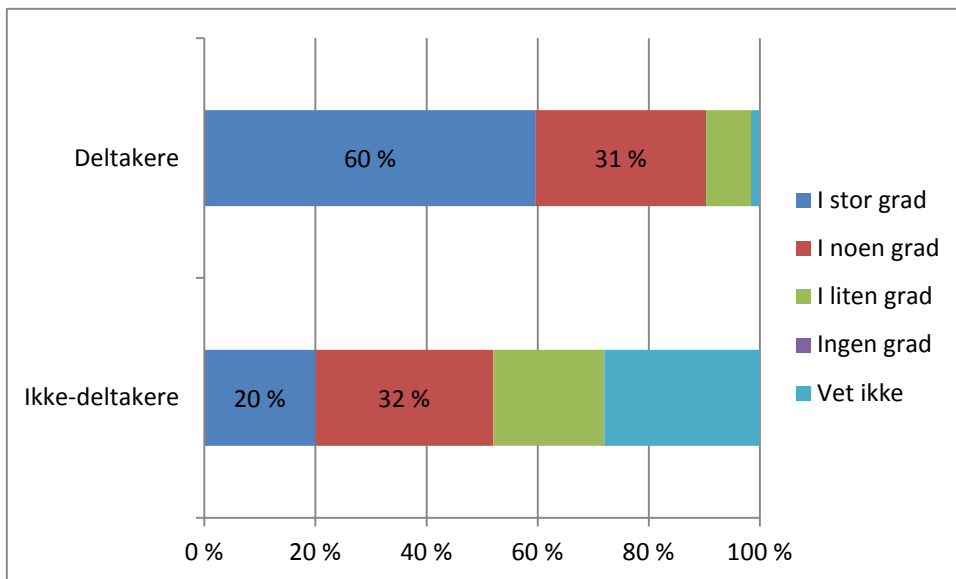
Erfaringene fra de nevnte kommunene tyder på at den måten legene har blitt invitert inn i prosjektene – dvs. gjennom seminarer og ressursgruppen – ikke har fungert tilfredsstillende. I lys av at legene har vist interesse for temaet på de nevnte møtene, er det rimelig å anta at den manglende deltakelsen fra legenes side dreier seg om at man ikke har vært villig til å avsette såpass mye tid som arbeidet i ressursgruppene krever.

Det har også vært slik at legene har blitt involvert i Tigris ved at en eller to leger har blitt invitert med i ressursgruppen. Antakelsen har da vært at denne eller disse representantene skulle formidle informasjon og rutiner til øvrige leger i kommunen. I lys av at legene gjerne opererer som selvstendige virksomheter, er det imidlertid grunn til å tro at involveringene av legene gjennom én representant, ikke ville gitt den forventede spredningseffekten. Erfaringene fra de samlingene som er gjennomført i den siste runden av Tigris, kan derimot tyde på at en involvering gjennom fellesmøter vil bidra til å involvere legene i større grad og til at spredningen av kunnskap og rutiner blir mer effektiv.

#### 4.5.9 Effekten av Tigris

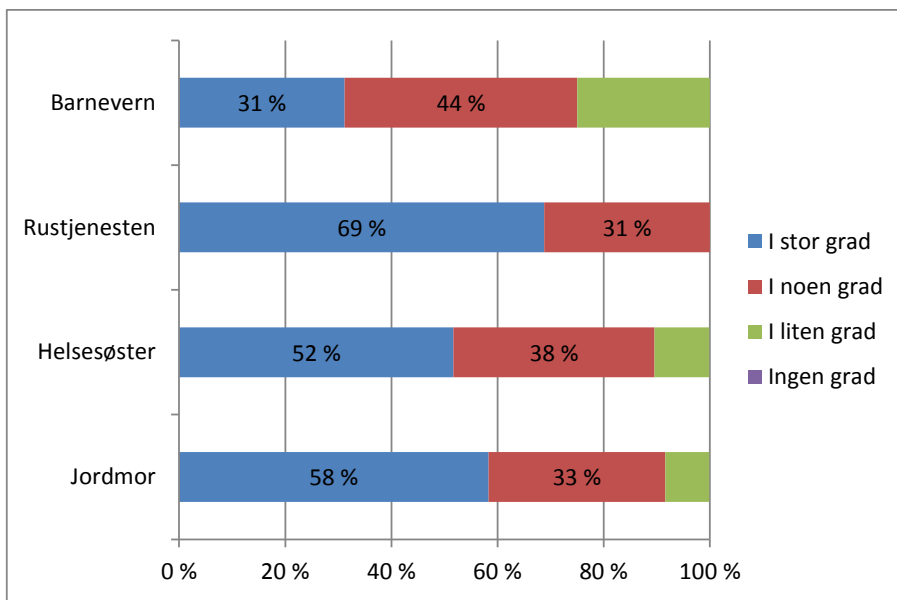
Et sentralt spørsmål i evalueringen er hvorvidt Tigris i seg selv har bidratt til å bedre samarbeidet mellom tjenestene. Vi har tidligere pekt på at de forholdsvis klare forskjellene i svarene til deltakere og ikke-deltakere, tyder på at Tigris har hatt en effekt i det minste på det opplevde samarbeidet mellom tjenestene. I spørreundersøkelsen har vi også stilt et direkte spørsmål om hvorvidt man opplever at tiltaket har bidratt til å bedre samarbeidsrelasjonene. Vi skiller også her mellom deltakere og ikke-deltakere, men her vil ikke-deltakerne utgjøre en mindre gruppe i og med at de kun omfatter de som kjenner til Tigris.





Figur 4.13 Deltakere og ikke-deltakeres vurdering av betydningen Tigris har hatt med hensyn til å utvikle bedre samarbeidsrutinene med tilgrensede tjenester. Prosent (N=87).

Figur 4.13 viser respondentenes vurdering av hvorvidt Tigris har bidratt til å utvikle bedre samarbeidsrutiner med tilgrensede tjenester. Vi ser en klar forskjell mellom deltakerne og ikke deltakerne. Mens det er omtrent 90 prosent av deltakerne som svarer i stor eller noen grad, er det bare omtrent halvparten av ikke-deltakerne som svarer det samme. Blant ikke-deltakerne ser vi også at det er en relativt stor andel som svarer «vet ikke» (nesten 30 prosent). Dette underbygger for det første at Tigris har hatt en effekt på det opplevde samarbeidet mellom tjenestene. For det andre forteller resultatene at virkningen har hatt en begrenset effekt ut over de aktive deltakerne. Det at halvparten av ikke-deltakerne svarer at det har vært liten effekt eller at de ikke vet, tyder på dette.



Figur 4.14 Tjenestenes vurdering av betydningen Tigris har hatt med hensyn til å utvikle bedre samarbeidsrutinene med tilgrensede tjenester. Prosent (N=87).

Figur 4.14 viser hvordan svaret på spørsmålet om tiltaket har bidratt til bedre samarbeidsrutiner varierer mellom tjenestene. Vi ser at de aller fleste jordmødrene, helsesøstrene og medarbeiderne i rustjenesten opplever en forbedring i stor eller noen grad, spesielt rustjenesten. Derimot ser vi at det er en mindre andel av respondentene fra barnevernet som mener det samme. Her er det bare vel 30 prosent som mener at de i stor grad har fått bedre rutiner, og 44 prosent mener at dette er tilfellet i noen grad.

#### 4.5.10 Samarbeidsrelasjoner i teori og praksis

Samarbeidet i Tigris har flere dimensjoner ved seg. Det dreier seg om det konkrete arbeidet i ressursgruppene og det praktiske samarbeidet rundt enkeltsaker. Formålet med samarbeidet er imidlertid er todelt. Det ene dreier seg om graviditetsperioden og det andre etter fødselen.

##### *Samarbeidsrelasjoner – en formell og en personlig komponent*

Et gjennomgående inntrykk fra case-kommunene er at de som deltar i prosjektet ikke bare skaper samarbeidsrelasjoner ved å utarbeide rutiner eller lære hverandres tjenester å kjenne. I tillegg består samarbeidet av en personlig komponent som etableres som følge av at man har lært hverandre å kjenne som mennesker.

En av informantene peker på at hun kjenner den grunnleggende strukturen (ansvarsfordelingen), men at de mangler en del på å utarbeide felles rutiner i konkrete saker. På spørsmål om hvor godt hun kjenner de andre tjenestene, svarer den samme informanten:

*«Vi ble i hvert fall kjent med fagpersonene som var med. Det har vært veldig bra for samarbeidet, men det går mer på det personlige planet. Men uten det, så ville det vært vanskeligere å vite hvordan man skulle gått fram hvis man fant noe.»*

Med andre ord pekes det her på at selv uten prosedyrer, har tiltaket hatt en effekt i den forstand at deltakerne har møttes personlig og derigjennom skapt et personlig forhold til hverandre i form av noe som likner et «vennskap». Det betyr at dette personlige nettverket også benyttes i samarbeidet mellom tjenestene. Det betyr også at innenfor tjenestene blir disse personene ressurspersoner dersom det oppstår behov for mer uformell kommunikasjon mellom tjenestene.

##### *Kontaktmønstre*

Innledningsvis i kapittelet har vi presentert samarbeidsrelasjonene mellom tjenestene med bakgrunn i en idealmodell. Denne idealmodellen tar utgangspunkt i henvisninger fra jordmor og helsestasjonen til hhv. rustjenesten og barnevernet. En slik modell forutsetter at både jordmor og helsestasjon avdekker rusmisbruk som grunnlag for henvisninger til det vi har kalt andrelinjen. Praksis synes imidlertid å avvike en god del fra modellen, og ifølge informantene er det lite meldinger som går mellom de aktørene slik som modellen beskriver.

Den ene relasjonen som modellen beskriver er mellom jordmor og rustjenesten. Flere peker imidlertid på at det er få meldinger som går den veien.

*«Jeg har ikke hatt noen som har innrømmet rusmisbruk under graviditeten» (jordmor).*

*«Som regel er det sånn at sakene med gravide rusmisbrukere bringes inn fra rustjenesten eller fra fastlegene.» (jordmor)*

De to sitatene fra jordmødrene viser for det første at det ikke er identifisert noen med rusproblematikk og for det andre at disse sakene heller kommer opp som følge av meldinger fra andre til jordmor. I det andre tilfellet bekrefter informanten at de sakene hun har vært borti har alle vært kjente fra før, dvs. identifisert i en annen instans. På samme måte som jordmødrene gir også rustjenesten uttrykk for at det er lite henvisninger av ukjente saker fra jordmor.

*«I praksis har ikke det skjedd [henvisning fra jordmor til rustjenesten]. Altså, jeg kan ikke huske at noe har kommet den veien uten at jeg har hørt om det først. Som regel kjenner jeg til det parallelt med jordmor.»*

*«Vi får mistenkelig lite russaker. ... De fleste sakene som henvises får vi faktisk fra arbeidsmarkedsbedriftene.»*

*«Det er legen som har kontaktet meg, men så har jordmor blitt koblet på i ettertid.»*

*«Jeg får ikke noen henvisninger fra jordmor. Men det er mulig dersom jeg hadde vært litt mer oppsøkende selv.»*

Vi ser av de tre første sitatene at praksisen heller er slik at rustjenesten får meldinger fra andre instanser, og at jordmor kobles på av rustjenesten. Med andre ord bekrefter dette sitatene fra jordmødrene selv. I det siste tilfellet peker informanten også på mulighetene for å være mer aktiv i forhold til jordmor.

Det interessante her er at jordmødrene selv opplever at de sjeldent er den første kontakten med gravide rusmisbrukere. Forklaringen på dette er for det første at etablerte rusmisbrukere gjerne er registrert hos rustjenesten eller i NAV, og dermed fanges opp av disse instansene eller andre som har kontakt med de rusavhengige dersom de blir gravide. For det andre er det som nevnt tidligere, vanskelig å fange opp eller identifisere de som ikke allerede er kjent i systemet fra før og som skjuler eventuelle rusproblemer. Det er også interessant å observere at jordmødrene på sin side ikke er spesielt optimistiske i forhold til å avdekke denne gruppen, samtidig som helsestasjonen – som den neste tjenesten i kjeden – på sin side har forventinger til at jordmødrene skal ivareta denne oppgaven. Dette kan være noe av forklaringen på at det samlet sett oppleves å komme lite meldinger fra det vi har kalt førstelinjen.

Den andre relasjonen som modellen sier noe om, er mellom helsestasjonen og barnevernet. Ifølge informanten er det imidlertid lite meldinger som går direkte fra helsestasjonen til barnevernet. På spørsmål til en av helsesøstrene om omfanget av meldinger til barnevernet, forteller hun:

*«Nei det er det ikke [mange meldinger], verken når det gjelder rus eller andre ting. Men det er sikkert like mye problemer her som andre steder. Vi hadde [en voksenperson] som brukte mye hasj og som det ble en barnevernssak ut av. Det var ikke vi som fant det ut, men vi også begynte å reagere på en del ting. Det var vel egentlig barnehagen [og en annen tjeneste] som fanget opp det.»*

En annen svarer på spørsmålet om henvisninger til barnevernet:

*«Det er ikke mye, men noe. Men vi har veldig mange henvendelser fra barnevernet der de ber om opplysninger og der de har fått opplysninger fra andre.»*

I tillegg til at informantene gir uttrykk for at det er lite henvisninger slik modellen beskriver, beskrives også flere andre og kanskje mer uventede relasjoner mellom aktørene i Tigris. Dette er imidlertid relasjoner som varierer mellom kommunene.

#### *Andre med førstehåndskontakt*

Som antydnet over, er det ofte slik at rusproblematikk heller/ofte/ mange ganger identifiseres av andre aktører enn de fire kjernetjenestene som deltar i Tigris.

En viktig aktør som kan og har et potensiale i å identifisere rusrelaterte problemer blant gravide, er politiet. Disse har som regel godt samarbeid med rustjeneste og barnevern, og vil ofte være den første kilden som oppdager behov for å trekke inn rustjenesten og barnevernet.

Ifølge en informant er det ofte konkrete hendelser som gjør at de kommer inn i sakene.

*«Om det ikke er misbruk, kan det være festing. Det meste kommer derfor fra politiet. Det er ikke så mye fra jordmor og helsesøster. Når det er meldinger fra politiet, er det gjerne husbråk eller noen som er tatt med ulovlige rusmidler.»*

I en av kommunene pekes det også på at det i samarbeid med barnehagene kan dukke opp saker, noe som har sammenheng med at barnehagene generelt vil ha gode forutsetninger for å observere barn over tid eller foreldres adferd. I tillegg peker enkelte også på at saker kan komme fra fastlegene.

Generelt ser vi at det i stor grad er aktører som ikke deltar i tiltaket som er identifikasjonsinstitusjonene. Dette gjelder bl.a. politi, lege, barnehage. Til en viss grad kan vi si at dette mønstret står i kontrast til rutinene som legges til grunn i Tigris der det er underforstått at identifikasjon skjer hos jordmor og helsestasjonen.

#### *Ansvarsfordeling ved fødsel*

Idealmodellen som er beskrevet innledningsvis i kapittelet, legger til grunn at det er en ansvarsfordeling mellom tjenestene ved fødselstidspunktet. I praksis varierer det imidlertid mellom case-kommunene hvor strengt denne ansvarsfordelingen fungerer. I et tilfelle har de i utgangspunktet et klart skille ved fødselen, dvs. at det er jordmor og rustjenesten som er involvert før fødsel og helsestasjonen og barnevernet etter fødsel. I en annen kommune er barnevernet mer involvert også før fødsel. Dette kan skje gjennom samtykke og som en del av en ansvarsgruppe barnevernet også deltar i. Dels er formålet at barnevernet kan fortelle om hva som skjer etter fødsel, dels kan det være å forberede moren på det og dels vil det være nyttig for barnevernet å forberede seg på aktuelle tiltak (f.eks. mødre-barn hjem) eller omsorgsovertakelse. Denne praksisen synes imidlertid å variere noe mellom case-kommunene. I én kommune er ikke dette en del av praksisen. I en annen kommune har de heller ikke hatt tradisjon for dette, men ifølge barnevernet i kommunen har de høstet gode erfaringer med dette i ett eksempel. I en tredje kommune er denne relasjonen en del av de faste rutinene.

### *Rustjeneste og barnevern*

I utgangspunktet er barnevernet og rustjenesten å betrakte som en annenlinjetjeneste som har ansvar før og etter fødsel. I utgangspunktet skulle man derfor anta at de har lite med hverandre å gjøre. Men også her finner vi at dette varierer mellom kommunene. I en kommune vises det til at det er et tett samarbeid dem imellom. Dette kan dreie seg om at barnevernet får en sak der en eller begge foreldre har et rusproblem, eller det kan gjelde saker som kommer til rustjenesten og der det er barn inne i bildet. Det kan her se ut som at rustjenesten og barnevernet jobber parallelt med henholdsvis foreldre og barn. Ifølge en av informantene beskrives dette på følgende måte:

*«Da møtes vi og diskuterer forholdene i familien, noe vi gjør etter samtykke med foreldrene».*

Et annet eksempel på situasjoner hvor barnevernet og rustjenesten samarbeider kan være i saker hvor barnevernet har overtatt omsorgen og foreldrene er til rusbehandling.

I en annen kommune har de også hatt mye samarbeid mellom barnevern og rustjeneste omkring familier med rusproblemer. Ifølge en informant fra denne kommunen har Tigris bidratt til at både jordmor og helsesøster har blitt mer bevisst og mer involvert i saker knyttet til rus.

### *Rus og helsestasjon*

Relasjonene mellom helsestasjon og rustjenesten fremstår også som lite relevant når vi tar utgangspunkt i idealmodellen. Samtidig ser vi at det også her oppstår samarbeid der det finnes oppsøkende miljøarbeidere ved helsestasjonen. Samarbeidet dreier seg da om at rustjenesten og helsestasjonens miljøarbeider kan jobbe med de samme familiene, men med ulike roller. Mens miljøarbeideren har en generell innfallsvinkel, vil rustjenesten ivareta det særskilte med rus. Fellesnevneren her er at de begge jobber ut mot familien. Dette avhenger igjen av hvordan rustjenesten er organisert. Er ansvaret for gravide skilt ut i en egen funksjon, atskilt fra den øvrige rustjenesten, forsvinner noe av grunnlaget for et slikt samarbeid.

En annen naturlig relasjon mellom rustjenesten og helsestasjonen er knyttet til problemet med å ta opp rus eller rusproblematikk i samtaler på helsestasjonen. Flere representanter fra rustjenesten kommenterer dette og viser til at de vil kunne bidra som veiledere eller en ressursbase for helsestasjonen. I en kommune ser vi dette tydelig, at man på den ene siden gir uttrykk for at rus er vanskelig tema å ta opp, og at man samtidig har en rustjeneste som er villig til å bistå med kunnskap og erfaringer overfor helsestasjonen. Ifølge en informant fra rustjenesten har de imidlertid aldri fått en slik henvendelse.

Selv om relasjonen mellom jordmor og rustjeneste er mer naturlig i og med at begge har ansvar for det ufødte liv, viser en av jordmødrene samtidig til at samarbeidet ikke utelukkende dreier seg om å henvise eller informere, men også om det å motta veiledning fra rustjenesten. Ifølge den aktuelle jordmoren benytter hun med andre ord rustjenesten som veiledningsinstans ved mistanke om rusmisbruk hos en gravid.

### 4.5.11 Oppsummering

Hovedproblemstillingen i dette avsnittet har vært om Tigris har bidratt til et bedre samarbeid mellom de medvirkende tjenestene i kommunene. En viktig forutsetning for et slikt samarbeid vil være at tjenestene kjenner til hverandres rutiner, arbeidsoppgaver og mandat. En annen viktig forutsetning er at det finnes gode og hensiktsmessige samarbeidsrutiner. En tredje viktig forutsetning er at det finnes en struktur som slike rutiner kan bygge på. Med dette menes at roller, ansvar og oppgaver er definert på en slik måte at de ulike delene av systemet fungerer sammen som en helhet, både i teori og praksis.

Gjennomgående viser resultatene at de fleste innenfor de fire kjernetjenestene har godt kjennskap til hverandre. Det er derimot mange som oppgir at de i liten grad har kjennskap til legenes arbeidsmetoder og rutiner når det gjelder rus og graviditet. Samtidig finner vi at det er stor forskjell mellom de aktive deltakerne i Tigris og de andre i tjenestene som ikke har deltatt.

Av spørreundersøkelsen oppgir 70 prosent av respondentene at de har samarbeidsrutiner i kommunen. Det er imidlertid ulike oppfatninger om dette innenfor den samme kommunen. Dette må tolkes dithen at de fleste kommunene har utarbeidet rutiner - eller i det minste har utkast til slike - men at medarbeiderne - spesielt de som ikke har deltatt aktivt i Tigris - ikke kjenner til disse rutine-

En stor del av respondentene svarer at de har et godt samarbeid med andre tjenester. Dette varierer riktignok mellom tjenestene og vi finner bl.a. at samarbeidet mellom to tjenester oppleves ulikt i hver av dem. Samtidig finner vi også at det er en klar forskjell i opplevelsen av samarbeidet mellom de aktive deltakerne i Tigris og de som ikke har deltatt aktivt. Det betyr at de aktive deltakerne opplever samarbeidet som langt bedre enn de ikke-aktive. Tolkningen av dette er på den ene siden at Tigris har hatt effekt på samarbeidsrelasjonene, men at dette i begrenset grad er spredt ut til andre i tjenestene. Samtidig fremgår det også av undersøkelsen at mange opplever at Tigris har bidratt vesentlig til å bedre samarbeidet mellom tjenestene.

På spørsmål om hva som fungerer bra og hva som fungerer mindre bra, er det tre forhold som trekkes fram. Det ene er at deltakerne har fått kunnskap om hverandres tjenester, det andre at de har fått til gode samarbeidsrutiner, og det tredje at de har etablert gode samarbeidsfora (i kjølvannet av ressursgruppen). De som svarer at samarbeidet ikke fungerer gir uttrykk for de samme forholdene, men da i den forstand at de har mangelfull kjennskap til hverandre, at de ikke har velfungerende rutiner og ikke-fungerende samarbeidsfora.

Gjennomgående gir respondenter og informanter i evalueringen uttrykk for at samarbeidet med fastlegene ikke fungerer tilfredsstillende, og at dette kan ha konsekvenser for prosjektets målgrupper. Erfaringer fra de siste deltakerkommunene, viser imidlertid at andre tilknytningsformer enn de som er forsøkt tidligere, synes å fungere bedre. I korte trekk dreier dette seg om etablering av egne informasjonsmøter med legene.

Til slutt i kapitlet har vi pekt på noen særtrekk ved samarbeidssystemet mellom de medvirkende tjenestene. For det første pekes det her på at formelle rutiner ikke fungerer alene, men må suppleres med mer uformelle relasjoner. For det andre pekes det på at kontaktmønstrene ikke nødvendigvis er slik modellen innledningsvis skisserte. Det betyr i praksis at jordmor og helsestasjon ikke fungerer som en førstelinje i den forstand at saker avdekkes her og henvises videre. Tvert imot kommer det frem at det er få henvisninger fra disse tjenestene, og at henvisningene gjerne kommer fra andre tjenester. Dette varierer mellom kommunene, men det gjelder bl.a. politi, leger og rustjenesten. Dette peker på to ting. For det første at jordmor og helsestasjonens rolle i å identifisere

rusmisbruk ikke lever helt opp til forventningene. For det andre leder det til spørsmålet om ikke andre tjenester burde vært mer involvert i prosjektet.

Vi finner også at det er flere typer relasjoner som går på kryss og tvers mellom tjenestene. Dette gjelder bl.a. barnevernets involvering under graviditet. Videre gjelder det forholdet mellom barnevern og rustjenesten som samarbeider om familier hvor det er rusproblematikk. Til slutt ser vi at det også kan dreie seg om samarbeidet mellom rustjenesten og helsestasjonen omkring mer oppsøkende virksomhet i familier. Disse samarbeidsrelasjonene varierer imidlertid fra kommune til kommune og er i liten grad gjort eksplisitt som nedskrevne metoder eller i rutiner. Samtidig er disse samarbeidsrelasjonene og oppgavene i mindre grad vektlagt i Tigris.

## 4.6 Videreføring etter gjennomføring av Tigris

---

I denne delen har sett nærmere på hvordan prosjektet er videreført i kommunene etter at Tigris formelt var over.

Det fremgår både av spørreundersøkelsen og av case-kommunene at overgangen fra prosjektperioden til ordinære drift er kritiske for ressursgruppen. I enkelte kommuner har det åpenbart vært vanskelig å videreføre driften i gruppen. Det kan være flere forklaringer på dette. En forklaring er at man ikke har klart å fylle forumet med innhold, noe som igjen kan ha sammenheng med at det er få aktuelle saker. En annen forklaring er at deltakerne opplever å ha begrenset med tid og ressurser, eventuelt at andre oppgaver prioriteres. En tredje forklaring er at gruppen faller sammen på grunn av manglende ledelse.

Enkelte kommuner har også forsøkt å utvide ressursgruppen til å gjelde andre saker, bl.a. psykisk helse. Dette bidrar til å fylle forumet med flere saker. Samtidig har slike utvidelser hatt blandet suksess. Selv om man får flere saker inn, vil hver enkelt sak sjeldent omfatte alle tjenester. En svakhet med denne modellen er med andre ord at det er få saker som berører alle deltakere, noe som igjen har gjort at spørsmålet om hvem som bør delta i gruppen har blitt satt på dagsorden.

Det er også andre forhold som forklarer at rutineene ikke blir en del av den daglige tause kunnskapen. Dette har sammenheng med det vi kan kalle «organisatorisk turbulens» i tjenestene. Med dette menes organisatoriske endringer, personalutskiftninger, periodevis ressursknapphet, sykdom blant nøkkelpersonell osv. Det er med andre ord indre organisatoriske og personalmessige forhold som skaper en viss ustabilitet i det daglige arbeidet og som bidrar til at prosesser eller strukturer opphører å virke slik de er ment å gjøre.

Til tross for disse utfordringene er det flere kommuner som har videreført ressursgruppens arbeid etter at prosjektperioden var over. Det som kjennetegner disse er at det defineres et tydelig mandat for gruppen, og ikke minst at alle har forstått mandatet. Et annet forhold er at samarbeidet bygger på gode og praktisk rettede rutiner. Et tredje forhold synes også å være at forumet bygger på positive erfaringer fra prosjektperioden. Et generelt inntrykk er at man her har klart å skape en samarbeidskultur gjennom prosjektperioden, en kultur som bidrar til at det er lettere å videreføre arbeidet etter at prosjektperioden er over.

Nedenfor har vi kort presentert hvordan de fire case-kommunene har videreført det rusrelaterte arbeidet etter Tigris.

I den første kommunen har de opprettholdt ressursgruppen, men uten at det har vært særlig aktivitet i gruppen. Etter at Tigris var over har det i etterkant kun vært et fåtall møter der det samtidig

har vært varierende deltakelse. Det er noe uklart hvorfor aktiviteten har dalt. Vi finner imidlertid at det ikke er noen entydig forståelse av gruppens rolle og funksjon. En oppfatning som synes å være gjennomgående er at gruppen skal fungere som et konsultasjonsteam der andre tjenester som skole og barnehage kan drøfte saker anonymt med tanke hvorvidt sakene bør meldes videre eller ikke. I tillegg er det også en oppfatning om at gruppen skal jobbe videre med rutiner i samarbeidet mellom tjenestene. Gruppen har imidlertid ikke oppnådd å fungere verken som et organ for å håndtere samarbeidsrutiner eller som konsultasjonsorgan.

Forklaringen på at gruppen ikke har fungert, kan ha sammenheng med at det hersker ulike oppfatninger og forventninger til gruppen. Som nevnt er det en oppfatning om at gruppen skal fungere som et konsultasjonsteam. Ifølge informantene har det imidlertid vært sparsomt med saker som har vært tatt opp i gruppen, noe en av dem hevder henger sammen med at det er en høy terskel for å ta opp rusrelaterte saker i de ulike kommunale tjenestene. Samtidig er det også uklart hvordan rollen som konsulterende organ skal fylles, dvs. om det kun skal være rådgivende eller om de også skal følge opp saken videre. Det siste oppfattes som problematisk, spesielt dersom det opprettes en formell barnevernssak. Dette fordi barnevernet – som en part i gruppen – vil være underlagt taushetsplikt i den aktuelle saken.

En annen av informantene gir også uttrykk for å ha forventninger til at gruppen skal ha en rolle i å jobbe med rutiner og samarbeidsstrukturer, men at enkelte av aktørene har nedprioritert arbeidet i gruppen. Samtidig innrømmer informanten at de ikke har klart å få en felles forståelse av hva slags rolle gruppen skal ha.

Med andre ord peker eksemplet over på gruppens rolle og hvorvidt denne skal rette sin virksomhet mot systemnivået eller individnivået. I den grad man skal operere på individnivå, som et konsultasjonsorgan, leder det videre til spørsmålet om gruppens rolle i forhold til når den skal være inne i saken og når den skal trekke seg ut. Her er det åpenbart noe ulike syn blant de medvirkende tjenestene. På den ene siden er det en oppfatning av at når det har blitt en sak, skal gruppen overlate saken til den aktuelle tjenesten. På den andre siden synes det å være en oppfatning som går i retning av at gruppen skal ha en rådgivende rolle også etter at saken er plassert.

I den andre kommunen har Tigris-gruppa blitt erstattet av en langt bredere sammensatt gruppe bestående av bl.a. psykisk helse, familierapeut, PPT og barnehage i tillegg til de som var med i Tigris. Planen var å avholde møter en gang i måneden. Formålet med denne gruppa var å trekke inn andre tjenester for å favne om flere typer problemstillinger og trekke inn tjenester som hadde voksne som sin målgruppe. Utgangspunktet var å utarbeide rutiner, men forumet har heller blitt et organ for å ta opp konkrete saker. En utfordring her har som i den forrige kommunen vært at aktiviteten ikke har levd opp til forventningene. Årsaken er dels at de ikke har startet arbeidet med rutiner, dels at det har vært få saker å ta opp og dels manglende oppmøte. Noe av den bakenforliggende forklaringen kan også være at forumet er for bredt sammensatt, i det minste i lys av at forumet primært arbeider med å drøfte konkrete saker. Spørsmålet er med andre ord om et såpass bredt sammensatt forum egner seg for å ta opp saker, i og med at slike saker normalt vil omfatte et fåtall av deltakerne. Derimot vil et slikt bredt sammensatt forum kunne hatt mer for seg dersom oppgavene var å gå gjennom rutiner. Men selv her vil det kunne oppstå utfordringer med å involvere alle aktørene i diskusjonen om rutiner.

I den tredje kommune er ressursgruppen i Tigris slått sammen med Barn i Rusfamilier, hvilket innebærer at også barnehage og skole er representert. Gruppen har bare fire møter årlig og jobber dels med å diskutere konkrete saker (som en rådgivningsgruppe) og dels jobber med samhandlingssystemet. Det som kanskje preger denne kommunen mest er at samarbeidet bygger på avtaler og rutiner etablert under Tigris og ikke minst på mer uformelle relasjoner mellom tjenestene, noe



som bl.a. er et resultat av den kjennskapen man fikk til hverandre i Tigris (og andre tilsvarende samarbeidsprosjekter). Samarbeidet bygger med andre ord ikke bare på et formelt forum, men også på avtaleverket og rutiner som ble skapt under prosjektperioden og på mer uformelle relasjoner dem imellom.

I den fjerde kommune har de planlagt å ha faste møter, men kun 3 ganger årlig. Formålet er å ta opp aktuelle tema og evaluere saker som har vært oppe. Ut over dette har de også hatt fellesmøter der de ulike tjenestene har fortalt om hvordan de jobber. Under Tigris ble mye tid bruk til å komme frem til en gjensidig forståelse og å diskutere saker. Det betyr at samarbeidspraksisen etter Tigris nok ikke fungerer like strømlinjeformet som i kommunen nevnt over. Samtidig – til forskjell fra den førstnevnte kommunen – er det forventninger til det fremtidige samarbeidet. Dels dreier dette seg om å implementere samarbeidsrutiner og dels om å bygge videre på enkelte gode samarbeidssaker man har hatt i etterkant av Tigris. Det skinner likevel igjennom at det fremdeles er rester igjen av at tjenestene har gjensidige meninger om hverandres tjenester der, men det som er annerledes eller uforståelig trekkes fram. Det gjelder bl.a. oppfatninger om barnevernets tilbakeholdenhet og helsestasjonens forsiktighet og manglende evne eller vilje til å gå inn i tyngre saker. Disse oppfatningene er imidlertid underordnet den mer positive viljen til å fortsette å arbeide for samarbeid mellom tjenestene.

Vi ser at de fire case-kommunene har valgt ulike strategier i etterkant av Tigris. To av kommunene har valgt å videreføre arbeidet med faste og forholdsvis hyppige møteplasser. Ingen av disse har vært noen utpreget suksess. I den ene kommunen synes forklaringen å ligge i at forumets rolle ikke har vært avklart, nærmere bestemt grensene mellom forumets oppgave og de enkelte tjenestenes oppgave. I den andre kommunen synes utfordringen å være bredden på forumet. Tanken har åpenbart vært å skape et bredt forum med store koordineringsambisjoner. Det er rimelig å anta at manglende deltakelse skyldes at kostnadene for hver enkelt overstiger nytten eller det bidraget hver enkelte har. Et fellestrekk ved begge de to gruppene er for øvrig at de jobber med konkrete saker, noe vi ser kan være kjernen til utfordringene. En interessant observasjon her er at kommunene i liten grad har klart å spre budskapet i Tigris til andre enn deltakerne, noe som også kan være noe av årsaken til at det ikke meldes saker. I spørreundersøkelsen er det en av informantene som nettopp kommenterer dette:

*«Vi sliter noe med å få fagpersoner som ikke deltar/har deltatt i TIGRIS/ressursgruppen til å melde saker. Det har en tendens til å bli de samme som melder inn saker.»*

I de to øvrige kommunene har de også videreført forumet, men da med langt færre møter samtidig som forumet har mer en rolle som en læringsarena enn en arena for å løse konkrete saker. I den ene kommunen er dette operativt og i den andre under planlegging. Det som imidlertid preger begge disse gruppene er at de fungerer mer som læringsarenaer for aktørene, enten for å bedre samhandlingssystemet eller i form av å behandle enkeltsaker.

I case-kommunene har det også dukket opp spørsmål om å utvide gruppen til også å gjelde andre målgrupper. Flere er inne på at rus for spesielt jordmor og helsesøster, blir et smalt tema i den forstand at dette omfatter forholdsvis få saker. Videre vil saker som omhandler rus også ofte omhandle andre forhold som vold og psykisk helse hos foreldre. En av informantene uttrykker det på følgende måte:

*«Programmene til KoRus er veldig spesialisert, men de bør kanskje tenke mer enhetlig og at her ute i kommunene så er det de samme barna som utsettes for rus, foreldrenes psykiske helse eller vold.»*

Dette må også ses i lys av at det er flere som gir uttrykk for at det er ressurskrevende å delta i Tigris, ikke minst med tanke på at spesielt jordmor og helsesøster, men også barnevernet må forholde seg til en rekke ulike saksområder. Gapet mellom ressursinnsatsen og temaområdets bredde, kan også være noe av forklaringen på at det kan være vanskelig å opprettholde virksomheten etter at prosjektperioden er over, i det minste i form av faste arenaer.

## 4.7 Oppsummering og konklusjon

---

Formålet med Tigris er å heve kompetansen hos aktuelt fagpersonell med tanke på å hindre bruk av rusmidler under graviditet og hindre belastende rusmiddelbruk blant sped- og småbarnsforeldre. Virkemidlene i Tigris består av kurssamlinger, en handlingsveileder, en ressursgruppe med medlemmer fra de deltakende kommunene og veiledning av kommunene fra prosjektlederen ved KoRus-Sør.

Evalueringen av Tigris har belyst to hovedspørsmål. Det ene spørsmålet er om kunnskapen som formidles gjennom prosjektet kommer til anvendelse i det praktiske arbeidet i de deltakende kommunene. Det andre spørsmålet dreier seg om tiltaket har bidratt til bedre samordning omkring rusrelaterte saker mellom de involverte tjenestene i kommunene. Dette dreier seg om jordmor/lege med ansvar for de gravide, helsestasjon med ansvar for sped- og småbarn, samt barnevern og rustjenesten som utgjør mer spesialiserte tjenester overfor henholdsvis gravide og sped-/småbarn.

I evalueringen har vi skilt mellom tre kompetanseområder. Den første gjelder kunnskap om rusens virkninger, den andre kompetanse i å samtale om rus og den tredje kompetanse i å identifisere skadelig rusbruk/-misbruk hos gravide/foreldre eller rusrelaterte problemer i familien. En generell konklusjon er at Tigris har bidratt med nyttig kunnskap om rusens virkninger og praktisk kompetanse i å samtale om rus. Samtidig viser evalueringen at Tigris i mindre grad har bidratt til praktisk kompetanse i å identifisere skadelig rusbruk/-misbruk og/eller andre rusrelaterte problemer i familien.

Evalueringen kan ikke svare på hvorvidt den praktiske kompetansen i å samtale om rus og rusens skadevirkninger faktisk har effekt på forbruket av rus hos gravide og foreldre. Informantene i tjenestene gir imidlertid uttrykk for at det å informere om rusens virkning har betydning for gravide og foreldres atferd i forhold til rus. Dette gjelder spesielt for grupper som er åpne om sitt rusbruk/-misbruk.

Bakgrunnen for konklusjonen om at Tigris i mindre grad har bidratt til kompetanse i å identifisere skadelig rusbruk/-misbruk og/eller andre rusrelaterte problemer i familien, er for det første at det er få saker som henvises fra jordmor og helsestasjon til henholdsvis rustjenesten og barnevernet. Tvert imot kan det se ut som at det er mer vanlig at informasjon om gravide med rusmisbruk heller går fra rustjenesten til jordmor. Det er flere forklaringer på dette. For det første er det i utgangspunktet vanskelig å identifisere rusproblemer som holdes skjult. For det andre viser det seg at rusrelaterte problemer hos gravide eller i familier med små barn ofte identifiseres av andre instanser. Dette dreier seg ofte om politiet, men kan også være fastlegen eller andre. Dessuten vil kjente rusmisbrukere som blir gravide, ofte allerede være kjent og registrert hos rustjenesten. For det tredje er ulike oppfatninger i jordmor- og helsestasjonstjenesten om disse tjenestene skal ta sikte på å identifisere skjult rusmisbruk. Dette har igjen bakgrunn i en oppfatning om at disse tje-

nestene er å betrakte som lavterskeltilbud og at det å aktivt forsøke å identifisere skjult rusmisbruk vil undergrave tilliten til tjenesten.

I evalueringen finner vi også at det er forskjeller mellom tjenestene i forhold til kompetansen de har tilegnet seg. Det er spesielt helsesøstrene som skiller seg ut ved at de generelt oppgir å ha tilegnet seg mindre kompetanse enn de øvrige tjenestene. Når det gjelder identifisering av rusrelaterte problemer, innbefatter det også jordmødrene. Dette må forstås i lys av at både jordmor- og helsesøstertjenesten er generalisttjenester som skal beherske mange saksområder. Til sammenligning med rustjenesten og barnevernet hvor det er vanlig å håndtere tyngre saker, vil slike saker ikke være like vanlig i jordmor- og helsesøstertjenesten. Det betyr også at disse tjenestene vil ha mindre grunnlag for å opparbeide seg praktisk kompetanse på disse områdene. Samtidig synes det som at kompetansepotensialet er størst i disse tjenestene.

Undersøkelsen viser også at kartleggingsverktøyet Tweak ikke har fått den utbredelse man hadde som målsetting. Det er omtrent like mange som benytter skjemaet som ikke benytter det. Det betyr at enkelte opplever skjemaet som et egnet virkemiddel for å samtale om rus, mens andre opplever at det kan virke forstyrrende på å få til «den gode samtalen». Det fremgår også at skjemaet i begrenset grad egner seg til å vekke bekymring for eller avdekke et skjult rusbruk/-misbruk.

En annen hovedkonklusjon fra evalueringen er at kompetansen formidlet gjennom Tigris først og fremst har nådd ut til de aktive deltakerne i prosjektet, dvs. de som har deltatt i ressursgruppene eller på kurssamlingene. Derimot har kunnskapen og kompetansen i mindre grad nådd ut til de øvrige medarbeiderne som ikke har deltatt aktivt i tjenestene. Det er likevel en del av ikke-deltakerne som også opplever at Tigris har hatt betydning. Fra case-undersøkelsene finner vi at spredningen har foregått på tre måter. For det første finner vi at ressursgruppene har informert om og gjort handlingsveilederen tilgjengelig for alle i tjenestene. For det andre har informasjon fra Tigris blitt tatt opp på fagmøter i tjenestene. For det tredje ser vi at andre medarbeidere har blitt invitert inn i ressursgruppene etter at Tigris er avsluttet. For det fjerde er det også rimelig å anta at kunnskap og kompetanse fra Tigris formidles gjennom det daglige arbeidet i de ulike tjenestene. Til tross for at vi finner flere metoder for spredning, viser likevel resultatene at formidlingsarbeidet ikke har vært tilstrekkelig effektivt til at kunnskapen og kompetansen har nådd ut til alle medarbeiderne.

Det andre hovedspørsmålet i evalueringen dreier seg om hvorvidt Tigris har bidratt til å skape bedre samhandling mellom de involverte tjenestene. Hovedkonklusjonen her er at de fire kjerne-tjenestene – dvs. jordmor, barnevern, rustjenesten og barnevernet – har gode samarbeidsrelasjoner. Det er også slik at mange opplever at Tigris har bidratt til å skape grobunn for dette samarbeidet. Det fremgår også av undersøkelsen at de aller fleste i de fire kjernetjenestene opplever å ha god kjennskap til hverandres tjenester, noe som gjerne er en forutsetning for å få til et godt samarbeid. En annen forutsetning for et godt samarbeid er samarbeidsrutiner. Det fremgår av undersøkelsen at alle kommunene har utarbeidet slike rutiner eller er i ferd med å utarbeide det. Kjennskapen til rutineene varierer imidlertid innenfor hver kommune.

Det viser seg også at det de aktive deltakerne i Tigris opplever at samarbeidet mellom tjenestene er bedre enn de øvrige medarbeiderne i tjenestene. Med andre ord synes samarbeidsrelasjonene å være langt bedre for deltakerne enn for ikke-deltakerne, noe som dermed også tyder på at spredningen innholdet i Tigris har vært begrenset ut over de aktive deltakerne i kommunene.

Siden fastlegene langt på vei ivaretar den samme funksjonen som jordmor overfor gravide, vil deres rolle være avgjørende for å hindre bruk av rusmidler under graviditet. I motsetning til samarbeidet mellom de fire kjernetjenestene, har deltakelsen fra fastlegene vært lav og i noen kommuner

ikke-eksisterende under Tigris, og det er bare unntaksvis at leger har deltatt i ressursgruppene. De andre tjenestene opplever også at det er vanskelig å samarbeide med fastlegene. Dette synes å ha bedret seg i den siste puljen av kommuner som har deltatt i Tigris siden legene har blitt trukket mer inn i prosjektet gjennom egne møter. Evalueringen kan imidlertid ikke si noe om hvorvidt dette har bedret det praktiske samarbeidet med de øvrige tjenestene.

Undersøkelsen viser også at det er flere former for samarbeid som foregår mellom tjenestene enn det som ligger til grunn for Tigris-samarbeidet. Disse formene for samarbeid dreier seg bl.a. om at barnevernet deltar i samarbeid under graviditet og at rustjeneste, barnevern og helsestasjon samarbeider om hjemmebaserte tiltak. Dette er samarbeidsinitiativ som kan ha forebyggende virkning, men som i mindre grad er vektlagt i kursvirksomheten eller i veiledningsmateriellet (handlingsveileder).

Et sentralt spørsmål i evalueringen er om kunnskapen som formidles gjennom Tigris omdannes til praktisk kompetanse i tjenestene og i samarbeidsrelasjoner mellom tjenestene. Utformingen av prosjektet i form av ressursgrupper og tett oppfølging fra prosjektleder for Tigris er i seg selv uttrykk for at implementeringen er tatt på alvor i prosjektet. I lys av at implementering ofte er en utfordring med slike prosjekter, må dette sies å være en viktig kvalitet ved Tigris. Vi ser også at vektleggingen av implementering kommer til uttrykk i det praktiske arbeidet i tjenesten og mellom tjenestene. Evalueringen har likevel vist at kunnskapen som formidles gjennom Tigris ikke har nådd ut til alle medarbeiderne i kommunene. Det betyr ikke at implementeringen har vært mislykket, men heller at det er behov for å legge mer vekt på dette arbeidet og spesielt på spredningen av kompetanse fra ressursgruppens medlemmer til andre medarbeidere.

Noe av utfordringen med å implementere Tigris er at rusproblematikk på den ene siden oppfattes som viktig, men vil likevel være en tematikk som vil måtte konkurrere om oppmerksomheten fra andre tema. Dette gjelder spesielt for jordmødre og helsesøstre som generalisttjenester, men også innenfor barnevernet. Andre konkurrerende tema er kanskje først og fremst psykisk helse og vold som gjerne opptrer sammen med rusrelaterte problemstillinger. Samtidig vil man i kommunene ikke primært stå overfor et rusproblem, en psykisk helse eller vold, men enkeltindivider eller familier med ulike problemstillinger eller kombinasjoner av slike. Det vil derfor fra kommunens ståsted være hensiktsmessig å samordne flere kompetanseinnsatser. Dette bør imidlertid ikke gå ut over den spesialiserte kompetanse som Tigris representerer eller den vekt som Tigris har lagt på implementering.

## 4.8 Tigris - anbefalinger

---

Hovedformålet med Tigris er å hindre bruk av rusmidler under graviditeten og hindre belastende rusmiddelbruk blant sped- og småbarnsforeldre. I evalueringen har vi vist at Tigris langt på vei har bidratt til å gi det kommunale tiltaksapparatet viktig kunnskap om rus og satt medarbeiderne i stand til ta opp rus i samtaler med gravide og sped- og småbarnsforeldre. Vi har samtidig pekt på at det å identifisere skjult rusmiddelbruk i seg selv er en utfordrende oppgave, og som Tigris kanskje ikke har lykkes like godt med. Tilsvarende har Tigris bidratt til et godt samarbeid mellom de fire kjernetjenestene, dvs. jordmor, helsestasjonstjenesten, rustjenesten og barnevernet, men ikke i like stor grad klart å integrere fastlegene i samarbeidet. I tillegg kan vi konkludere med at kunnskapen og kompetansen som formidles gjennom Tigris, ikke har nådd like godt ut til alle i de aktuelle tjenestene. Vi har også pekt på at overgangen fra prosjektperioden til ordinær drift er en kritisk fase i den forstand at det kan være vanskelig å opprettholde strukturene etter at veiledning-

en fra KoRus opphører. Det betyr at det også det i kommunene etterspørres oppfølging fra KoRus i etterkant.

Det som utmerker seg som spesielt bra med Tigris er for det første kursvirksomheten. Denne bidrar åpenbart til å gi et solid kunnskapsgrunnlag for deltakerne. For det andre kan vi trekke frem handlingsveilederen som både er et nyttig læringsverktøy for samtale om rus og et oppslagsverktøy for å avklare ansvar og juridiske spørsmål. For det tredje har ressursgruppene vært en viktig arena for å skape gjensidig forståelse mellom tjenesten, utforme felles samarbeidsrutiner mellom tjenestene og ikke minst en samforståelse av kompliserte enkeltsaker. Kombinasjonen av disse tre komponentene synes å være avgjørende for å få et fruktbart samarbeid omkring rus og rusrelaterte problemstillinger. Til slutt er det viktig å trekke fram den støttende veilederrollen til prosjektlederen fra KoRus. Denne har på den ene siden bidratt til den praktiske og faglige fremdriften i prosjektet, samtidig som den har gitt rom for at kommunene selv har tatt ansvaret for prosessen.

På bakgrunn av disse funnene utkrystalliserer det seg noen generelle anbefalinger om Tigris eller tilsvarende prosjekter. Den kanskje viktigste anbefalingen er å forstå betydningen av de elementene i Tigris som har fungert godt. Dette dreier seg f.eks. ikke om veilederrollen i seg selv, men mer om den balansegangen som rollen innebærer. Videre dreier kursvirksomheten seg mye om selve innholdet, spesielt rusens skadevirkninger, men også om møteplassen der de kommunale tjenestene kan møtes og diskutere. Ressursgruppene er heller ikke bare en møteplass, men en arena hvor viktige kunnskapsområder kombineres og utgjør en helhet. Ut over dette kan vi trekke frem følgende tre anbefalinger:

- Klargjøre ambisjonene i forhold til jordmødrenes og helsesøstrenes oppgave med å identifisere skjult rusmiddelbruk.
- Utvikle metoder som inkluderer fastlegene i større grad
- Legge mer vekt på metoder eller modeller for hvordan kommunene kan jobbe videre etter prosjektperioden

Det å klargjøre ambisjonene i forhold til jordmødrenes og helsesøstrenes oppgaver med å identifisere rusmisbruk dreier seg for det første å klargjøre forventinger. Er det slik at jordmødre og helsesøstre skal identifisere skjult rusmisbruk, hvor proaktive skal de være og hvilke metoder skal de benytte? Disse spørsmålene dreier seg også om bruken av Tweak og hvordan dette eventuelt skal brukes sammen med andre samtalemetoder. Anbefalingen om å inkludere fastlegene dreier seg i første rekke om å finne egnede fora eller møteplasser som egner seg for denne faggruppen. Det er med andre ord ikke sikkert at ressursgruppen er et like egnet forum for å inkludere denne faggruppen. Derimot kan det være mer fruktbart å utvikle et eget legeforum slik det er gjennomført i siste runde av Tigris. Anbefalingen om å utvikle metoder eller modeller etter at Tigris er over, vil kunne dreie seg om mer personlig oppfølging eller det kan dreie seg om å utforme noen beskrivende modeller for hvordan kommunene kan videreføre arbeidet etter prosjektperioden.

Til slutt vil vi også peke på at Tigris representerer ett av flere fagområder som er relevant for de kommunale tjenestene. Sett fra et kommunalt ståsted og den praktiske hverdagen til hver enkelt medarbeider, vil rus inngå som et av flere temaområder hvor det er behov for kompetanse og samarbeid. Det betyr også at rusfeltet som Tigris målbærer, bør ses i sammenheng med andre områder som f.eks. psykisk helse og voldsproblematikk. For å ivareta dette fra KoRus sitt ståsted, vil dette måtte innebære at spesialfeltet rus koordineres med spesialfelt fra andre som leverer tilsvarende spesialkompetanse. Selv om fagfeltene er ulike, vil mye av de arenaene som har til formål å implementere spesialkunnskapen, være felles.

# 5. Barn i rusfamilier

Kjernen i innsatsen Barn i rusfamilier (BIR), er å tilføre kommunene oppdatert kunnskap på området og å bidra til at kommunene selv utvikler strukturer som sikrer spredning av kunnskapen. Målet er at kunnskapen skal omsettes i praktisk handling, det vil si omgjøres til kompetanse. Overordnet hensikt er å forhindre at barn lever under kritikkverdige forhold, og der søkelyset i denne satsingen er satt på barn som lever i familier med belastende rusmiddelbruk, og da primært knyttet til alkoholbruk. Satsingen dreier seg om å heve kompetansen om hvordan identifisere og intervensere – hvordan gå fra kunnskap til handling. I denne omsettingsprosessen er flere nivåer i organisasjon berørt. Evalueringen fokuserer først og fremst på den profesjonelles praksis og samarbeid/samhandling, herunder organiseringen av praksisfeltet. I det videre skal vi se nærmere på disse dimensjonene. Etter gjennomgangen av hva datamaterialet forteller oss, gjennomfører vi en samlet analyse av dette i lys av de analytiske dimensjoner vi har gjort rede for i kapittel 3. Denne analysen danner, sammen med analysen fra Tigris, opptakten til en felles betraktning om hva denne samlede kunnskapen kan bety..

## 5.1 Praktisk gjennomføring av Barn i rusfamilier

---

Den praktiske gjennomføringen av Barn i rusfamilier er som følger: Det sendes ut en invitasjon til alle kommuner med tilbud om deltakelse. Invitasjonen sendes per mail til postmottak med beskjed om å videresende til ledere for de aktuelle målgruppene. Den sendes til kontaktpersoner som KoRus-Sør har opparbeidet seg gjennom tidligere samarbeid og tidligere kursvirksomhet i kommunene. Den sendes også til rusrådgiverne hos fylkesmannen, som bes om å sende den videre til sine kommunale kontakter. Og den har i noen perioder blitt sendt per post til rådmenn. Det har også i forkant av nye prosjektperioder vært kommuner som selv har tatt kontakt. Disse kontaktpersonene får også invitasjonen tilsendt. Invitasjonen inneholder informasjon om programmet, innhold i opplæringsdagene, hva kommunen forplikter seg til og hva KoRus-Sør bidrar med.

Kommuner melder sin interesse på et søknadsskjema innen en viss dato. Det er KoRus-Sør som så velger ut kommuner, og alle som har meldt sin interesse/søkt, har så langt fått mulighet til å delta, med unntak av enkelte kommuner som ikke er innen KoRus-Sør sitt fylkesvise nedslagsfelt. Etter at kommuner er valgt, sendes svarbrev og forslag til dato for oppstartsmøte med den enkelte kommune. På oppstartsmøte deltar ledere for de ulike faggruppene. Det gis informasjon om programmet, dernest deles gjensidige forventninger til hverandre som også står nedskrevet i en samarbeidsavtale. KoRus-Sør dekker utgifter i forbindelse med opplæringsdagene/ kursdagene. Opplæringsdagene er samlet for kommunene og gjennomføres på hotell/ konferansesteder med overnatting. KoRus-Sør dekker kursgjennomføring, overnatting og materiell. Kommunen forplikter seg til å stille med representanter for de aktuelle målgruppene og må selv dekke reiseutgifter. I tillegg forplikter den enkelte kommune seg til å nedsette en ressursgruppe, som får et ekstra ansvar for å spre og implementere innsatsen innad i kommunen. Kommunene ved ressursgruppene må også utpeke en koordinator som blir kontaktpersonen til KoRus-Sør.

Etter oppstartsmøte i den enkelte kommune, melder kommunene ofte om at de ønsker å ha med flere deltakere enn påmeldt ved søknad. KoRus-Sør anser det som viktig å gi rom for dette, da de

vurderer det slik at det er den enkelte kommune som vet hvem de trenger å ha med for å kunne spre og implementere BIR.

Kommuner er ulike i størrelse og organisering, derfor er det et ulikt antall deltakere fra kommunene som deltar. Samarbeidsavtalen underskrives av rådmann/kommunalsjef i kommunen og leder av KoRus-Sør. Ressursgruppen og koordinator skal være oppnevnt og blir presentert på den første opplæringsdagen, slik at alle vet hvem de skal forholde seg til.

Som vist er hovednedslagsfeltet for Barn i rusfamilier, virksomhetene barnevern, skole, barnehage, PPT og helsestasjonen. SFO har i økende grad blitt ansett som sentrale, men har i perioden vi studerte i denne evalueringen, ikke vært å betrakte som del av kjernetjenestene. I henvendelsen til kommunene er det representanter for kjernetjenestene som er trukket frem som aktuelle kursdeltagere, men det er fritt opp til kommunene å velge andre aktører i tillegg. Derimot kan kjerneaktørene ikke byttes ut med andre.

Hver enkelt kommune deltar i kommuneklynger for en viss periode. I dette ligger at det er et utvalg kommuner som mottar samtidige henvendelser, og som da deltar på kursprogrammet samtidig. Dette gir både mulighet for nettverksdannelse på tvers, samtidig som det gir KoRus-Sør mulighet for å samle relativt store grupper av gangen. Dette anses av KoRus-Sør både å være effektivt og gir også kursgjennomføringen en kombinasjon av konferanse- og seminarpreg. Hver kommune følges eksplisitt opp av KoRus-Sør sin prosjektleder.

### 5.1.1 Oppfølging mot kommunene fra KoRus-Sør

Oppfølgingen fra KoRus-Sør er både grupperettet mot ressursgruppen, men også personlig gjennom løpende kontakt med koordinator i hver kommune. I tillegg er oppfølgingen nettverksrettet ved at alle deltagerkommunene også mottar fellesmailer. Det er også opprettet en facebookside med prosjektnavnet. Den er rettet mot fagpersoner og er åpen for alle – også for dem som ikke deltar i prosjektet<sup>11</sup>. Her kan kommunen selv også velge å legge ut informasjon om sitt arbeid, men så langt er ikke dette satt i system.

På nettsiden til KoRus-Sør legges det også løpende ut informasjon og henvisning til materiell som kan lastes ned<sup>12</sup>. Det er til dels omfattende muligheter for veiledere og materiell som kommunene kan nytte i sin interne spredning: «Fra bekymring til handling» er en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet. «Den nødvendige samtalen» er en film og hefte om hvordan samtale rundt en bekymring for et barn og voksnes bruk av alkohol. Videre finnes det filmer med historier om barn som har vokst opp i hjem med rusmiddelproblematikk. Dernest er det case, powerpoint-presentasjon og spørsmål som diskusjonsgrunnlag. Materiellet er også under løpende utvikling. Noe materiell gis til alle kursdeltakere. Det er også laget en egen «spredningspakke» til ressursgruppene, som gjennomgås på egen samling for disse gruppene, og som de benytter i kommunespredning/implementering.

---

<sup>11</sup> <https://www.facebook.com/barnirusfamilier>

<sup>12</sup> <http://www.borgestadklinikken.no/barn-i-rusfamilier>.

## 5.2 Tjenestenes oppgaver og ansvar

---

I denne delen gir vi en kortfattet beskrivelse av de tjenester som anses som kjerneaktører i innsatsen Barn i rusfamilier. Dette er barnverntjenesten, helsestasjonsvirksomheten, barnehager og skoler. Hver enkelt tjeneste er regulert etter særskilt lovverk. Det er barneverntjenesten som har ansvaret for å undersøke og følge opp barn og unge som lever under forhold som kan skade deres utvikling. Men for at barnverntjenesten skal komme i posisjon til å hjelpe disse barna, er de avhengig av at tjenestene som er i kontakt med barna, henvender seg til barneverntjenesten når det foreligger en bekymring for et barn. Alle tjenestene og ansatte i den enkelte virksomhet har i tillegg meldeplikt til barneverntjenesten. Denne meldeplikten er også personlig. Det er altså ikke et frivillig valg den enkelte ansatte står overfor, men en plikt. I tillegg til dette har hver enkelt virksomhet et selvstendig ansvar for å sikre gode tjenester og god oppvekst for barn, slik det fremgår av beskrivelsen under.

### 5.2.1 Barneverntjenesten

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Omsorg for og oppdragelse av barn er i første rekke foreldrenes ansvar. Foreldre kan likevel ha behov for hjelp i kortere eller lengre perioder, for eksempel på grunn av en vanskelig livssituasjon. Her kan barnevernet komme inn for å bistå barn og familier slik at barn sikres gode levekår og utviklingsmuligheter.

Barnevernmyndighetenes ansvar og arbeidsoppgaver er regulert i lov 17. juli 1992 om barneverntjenester (barnevernloven) med forskrifter.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har et overordnet ansvar for barnevernet, mens forvaltningen av barnevernet i hovedsak er lagt til den kommunale barneverntjenesten og staten ved Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat).

Barnevernets viktigste oppgaver er:

- *Å gi hjelp og støtte.* Barneverntjenesten skal sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det. Hjelpen kan gis i form av råd og veiledning, eventuelt i kombinasjon med andre hjelpetiltak. Vanlige hjelpetiltak er for eksempel barnehageplass, støttekontakt og avlastningstiltak i hjemmet.
- *Å ta vare på utsatte barn.* Barneverntjenesten skal ta de skritt som til enhver tid er nødvendig for å beskytte barn mot omsorgssvikt og motvirke at barn lider fysisk og psykisk overlast.
- *Å ha ansvar for å gripe inn – eventuelt mot foreldrenes vilje.* Barneverntjenesten har også et ansvar for å gripe inn dersom tiltak i hjemmet ikke er tilstrekkelig til å ivareta barnets behov. Barneverntjenesten kan da for en periode i samråd med foreldrene formidle plass i fosterhjem eller på institusjon, eventuelt på et senter for foreldre og barn. Dersom et barn skal plasseres utenfor hjemmet uten foreldrenes samtykke, må det treffes vedtak om dette i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker etter forslag fra kommunen.



## 5.2.2 Helsestasjonsvirksomheten

Helsestasjonen er den eneste helsetjenesten som vurderer barnas helse på faste tidspunkter de første leveårene. Dette lavterskeltilbudet gis til alle barn og deres foreldre, og benyttes av nær 100 % av populasjonen. Helsestasjonsvirksomheten er en lovpålagt tjeneste som skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot alle barn og unge 0–20 år, og til gravide som ønsker å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjonen. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud, og det stilles krav til tilgjengelighet for alle målgruppene. Det er bred enighet om at helsestasjonsvirksomheten har hatt, har og skal ha en fremtredende rolle i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og bidra til å sikre trygg utvikling hos barn fra fødsel til skolestart. Helseundersøkelsene som skal gjennomføres i regi av helsestasjonstjenesten er fastlagt i forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelse tjenesten. Helsestasjonen til barn 0–6 år skal følge barnets fysiske, psykiske, sosiale og kognitive utvikling, samt gi informasjon og veiledning til barnets foreldre/foresatte.

## 5.2.3 Pedagogisk-Psykologisk tjeneste (PPT)

Opplæringsloven understreker at PP-tjenesten har to oppgaver: Tjenesten skal sørge for at det blir utarbeidet sakkyndig vurdering når loven krever det, og skal samtidig bistå i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for barn og unge med særlige behov. I Stortingsmelding nr. 18 (2010/2011) Læring og fellesskap sier departementet at PPT skal være «tettere på» barnehager og skoler og bruke mindre tid på sakkyndighetsarbeid. I denne meldingen varsler departementet en etter- og videreutdanningsstrategi i samarbeid med KS.

Alle kommuner og fylkeskommuner skal ha en PP-tjeneste. Tjenesten skal være organisert slik at sakene kan utredes innen rimelig tid, og at oppgaver kan utføres på en forsvarlig måte.

Det er ikke kompetansekrav til stillinger i PPT. Det er heller ikke krav til antall fagstillinger i tjenesten eller til saksbehandlingstiden fra tilmelding til sakkyndig vurdering foreligger. Dersom PP-tjenesten ikke har den nødvendige kompetansen, må det innhentes kompetanse fra andre steder, for eksempel fra spesialpedagogisk kompetansesenter, privat sakkyndig eller andre kommunale tjenester.

## 5.2.4 Barnehager

Barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og dannelse som grunnlag for allsidig utvikling. Barnehagen skal bygge på grunnleggende verdier i kristen og humanistisk arv og tradisjon, slik som respekt for menneskeverdet og naturen, på åndsfrihet, nestekjærlighet, tilgivelse, likeverd og solidaritet, verdier som kommer til uttrykk i ulike religioner og livssyn og som er forankret i menneskerettighetene (Barnehageloven § 1 Formål, 1. ledd). Formålet slår fast at barnehagen skal ha et helhetlig læringssyn. Barnehagene har også et samfunnsmandat. Staten skal sikre at de institusjoner og tjenester som har ansvaret for omsorgen eller beskyttelsen av barn, har den standard som er fastsatt, særlig med hensyn til sikkerhet, helse, personalets antall og kvalifikasjoner samt kvalifisert tilsyn. Barnekonvensjonen vektlegger barns rett til å uttrykke seg. Samarbeidet med barnas hjem skal ligge til grunn for virksomheten. Barnehagens innhold skal bygge på et helhetlig læringssyn, hvor omsorg

og lek, læring og danning er sentrale deler. I tillegg er sosial og språklig kompetanse og sju fagområder viktige deler av barnehagens læringsmiljø (se kapittel 3).

### 5.2.5 Grunnskolen

Det overordnede utgangspunktet for grunnskolen er å gi barn og unge en bred livsforberedelse og stimulere utviklingen av hele mennesket. Grunnskolen skal sammen med hjemmet bidra til en kristen og humanistisk oppdragelse og å gi barn og unge bred allmenndannelse som grunnlag for senere utdannings- og yrkesvalg. Grunnskolen danner bindeleddet mellom hjem og barnehage på den ene siden og videregående opplæring på den andre siden. Grunnskolen skal derfor verdimesig, faglig og pedagogisk virke sammenføyende både mot barnehagen og i forhold til videregående opplæring. Reformen i grunnskolen har sammenheng med endringer i samfunnet, i barns oppvekst- og læringsmiljø og kritikken av opplæringssystemet. Den omfatter skolestart for 6-åringer og utvidelse til en 10-åring grunnskole. Samtidig får grunnskolen utvidet sitt virkeområde til også å være et sosialt og kulturelt senter for lokalmiljøet og få ansvar for skolefritidsordningen. Av den grunn beskrives reformen i grunnskolen som en familiereform, en skolereform, barnereform og kulturreform. Når det gjelder grunnskolens medvirkning i oppvekst- og læringsmiljø, skal grunnskolen hjelpe foreldrene med å sikre barn og unge et rikt og stimulerende lærings-, omsorgs-, og oppvekstmiljø. Dette må sees som en helhet der skole, skolefritid, nærmiljø og hjem inngår i et samspill. Kommune og skole har derfor ansvar for å legge til rette for skolefritidsordninger tilpasset lokale behov og forutsetninger. Skolen har dermed fått utvidet sine oppgaver når det gjelder barns oppvekstvilkår. Skolen anses også å være et knutepunkt i nærmiljøets aktiviteter. Virksomheten spenner fra skolefritidsordninger for de yngste til idrettsaktiviteter for ungdom og til møte- og samlingssteder for voksne. Den knytter bånd mellom grupper og generasjoner. Grunnskolen skal derfor i samarbeid med andre fungere som en sentral kulturinstitusjon i nærmiljøet.

En videreutvikling av grunnskolens sosiale og kulturelle funksjon innebærer utvidede samarbeidsrelasjoner for skolen og lærerne. Det blir nødvendig å utvikle en gjennomtenkt og omforent virksomhet i hele skolens ansvarsområde. Dette stiller krav til den interne planleggingen, gjennomføringen og vurderingen av skolens samlede aktiviteter.

## 5.3 Forskningsmetode og data

---

Datamaterialet om BIR består av kvantitative og kvalitative data. Hensikten med metodetriangulering er, som tidligere nevnt, å få tilgang til et bredt sett av datatyper som samlet beskriver virksomheten på en god måte. For eksempel vil mønstre vi finner i talldata, kunne styrkes eller dempes ved de observasjoner og funn forskeren ser ved bruk av ulike typer av kvalitative data, slik som blant annet intervjudata og prosessdata.

I Barn i rusfamilier har vi valgt å innhente kvantitative data gjennom bruk av tradisjonelle spørreskjema. Ved innsamling av kvalitative data, har vi valgt metoden fokusgruppeintervjuer. Slike intervjuer kjennetegnes av at en bestemt gruppe av informanter, utpekt av forskeren ofte i samarbeid med både oppdragsgiver og aktuelt felt, er samlet for å gjennomføre et intervju i fellesskap. Fokusbegrepet viser hen til at intervjuet konsentrerer seg om bestemte dimensjoner – i vårt tilfelle målene for evalueringen. Fokusgrupper kan være ulike i størrelse. Det sentrale er at informantene som medvirker, er aktører som har relevans for studien. Fokusgruppeintervjuer gir et fortrinn fremfor personlige intervjuer gjennom at den enkelte informant, i tillegg til å dele sine egne meninger, perspektiver, betraktninger, følelser, opplevelser og erfaringer, også får tilgang til andre

relevante aktørers utsagn. Ved dette gis også mulighet for å respondere, for eksempel faktakorrigere, opplyse, kommentere, justere, komme med motforestillinger, utrykke støtte mv. Forskeren får derved, gjennom å stille både konkrete og åpne spørsmål til hver enkelt informant og til fokusgruppen som helhet, også tilgang til responsdiskursen- og dialogen. I sum gir dette et svært rikt materiale. Dette forutsetter imidlertid at informantene som deltar våger å være åpne i ei gruppe. Nettopp dette med dybde og åpenhet kan være enklere å få tilgang til i personlige intervjuer, der ingen andre enn forskeren hører hva informanten sier. Det er derfor viktig at forskerne som gjennomfører fokusgruppeintervjuet, har evne til å håndtere ulike utsagn og stemninger i en gruppe. Vår erfaring med fokusgruppeintervjuer fra både BIR og andre forskningsprosjekter, er gode. BIR-fokusgruppene har også vært svært tilgjengelige for forskerens både åpne, direkte og mer elaborerende form under intervjuene. Det er derfor grunn til å tro at det materialet som er fremskaffet har høy gyldighet innenfor sitt område og representerer «mer enn seg selv». I dette ligger at vi oppfatter materialet å være så vidt rikholdig og mettet, at vi også kan se dette som et uttrykk for trekk ved fagpraksis som har gyldighet utover kommunene som har vært gjenstand for evalueringen. I det videre presenter vi dataene som ligger til grunn for evalueringen av BIR.

### 5.3.1 Kvantitative data

Vi har innhentet kvantitative data gjennom en spørreundersøkelse. Undersøkelsen ble sendt ut til i alt 510 medarbeidere i helsestasjonstjenesten, rustjenesten, skole, SFO, barnehage og barneverntjenesten, samt til et utvalg andre medarbeidere som har vært registrert som deltakere i prosjektene. Vi fikk svar fra i alt 186 respondenter, noe som gir en svarprosent på 37 prosent. Enkelte har imidlertid kun svart på noen få spørsmål. Når vi tar hensyn til dette, ligger den reelle svarprosenten (for fullverdige svar) på 28 prosent. Denne forholdsvis lave svarprosenten kan blant annet forklares med at epostlistene vi fikk tilgang til ikke var oppdatert. Vi anser likevel at når i alt 186 respondenter fra 20 kommuner har svart, og vi i tillegg har et omfattende kvalitativt materiale, er svarprosenten akseptabel. Men om evalueringen kun skulle basert seg på spørreskjemaene, ville svarprosenten vært for lav til å gi et tilfredsstillende bilde av de forhold som studeres.

I spørreundersøkelsen fordeler respondentgruppen seg slik:

Tabell 5.1 Respondentene fordelt på tjenesteområder. Prosent. N=186

Tjeneste	I prosent	N
Skole/SFO	35,1	66
Barnehage	16,0	30
Barnevern	10,1	19
Helsestasjon	12,8	24
PPT	14,9	28
Andre	10,1	19

Tabellen under viser hvor stor andel av respondentene som har deltatt på ekstern undervisning, ressursgruppe, intern undervisning eller ingen av delene

Tabell 5.2 Respondentene fordelt på deltakelse/undervisning i kurset (Flere svar mulig). Prosent.

	I prosent	N
Har deltatt i undervisning arrangert av KoRus-Sør	35,6	67
Har deltatt i ressursgruppen	29,3	55
Har deltatt i intern opplæring	29,8	56
Ingen av delene	11,2	21

Tabellen viser hvor stor andel av respondentene som tok etter-/videreutdanning innen rusrelatert problematikk og i veiledning/samtalemetodikk:

Tabell 5.3 Andel respondenter med etter-videreutdanning innen rusrelatert problematikk og i veiledning. Prosent.

	Ja	Nei	Har ikke hatt behov	Vet ikke
Rusrelatert problematikk	20,4	79,6	0,0	0,0
Veiledning/samtalemetodikk	46,4	51,8	0,6	1,2
N = 188				

Spørreundersøkelsen besto i alt av 31 hovedspørsmål og en rekke underspørsmål. Ett av hovedspørsmålene var åpent.

I tillegg til dette har vi også benyttet KoRus-Sør sin egen questback-undersøkelse som prosjektleder for KoRus-Sør har benyttet etter kurssamlinger i 2011 og 2012 som ledd i å identifisere både hva som var bra og forbedringsområder.

### 5.3.2 Kvalitative data

I tillegg til spørreundersøkelsen bygger evalueringen av BIR på fokusgruppeintervjuer i fire casekommuner som hadde gjennomført BIR på undersøkelsestidspunktet. I disse ble det gjennomført syv fokusgruppeintervjuer med i alt 31 genuine informanter som fordeler seg som følger: I en casekommune ble det gjennomført ett fokusgruppeintervju på tre timer med syv informanter. I en annen casekommune ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer, herav ett fokusgruppeintervju på tre timer og ett på to timer med syv informanter i hvert intervju og den samme informantgruppen ved begge intervjuer. I en tredje casekommune ble det gjennomført ett intervju på tre timer og ett intervjuer på to timer med fire informanter pr gang. Her var det en utskifting ved andre intervju, det vil si at det var fem genuine informanter fra denne casekommunen. I en fjerde casekommune deltok 12 informanter i ett fokusgruppeintervju på tre timer og 10 informanter i ett fokusgruppeintervju på to timer. Her var det ingen utskifting.

Så er det gjennomført fire fokusgruppeintervjuer, en deltagende observasjon og en observasjon i en casekommune som har hatt status som følgekommune, og der vi har anvendt metoden følgeforskning som vi omtalte under punkt 1.4. I vårt tilfelle var hensikten med følgeforskningen å få tilgang til prosessdata som kunne bidra til å belyse øvrige data ytterligere. Følgeperioden var relativt avgrenset i tid, hvilket er mulig når prosessdataene er av supplerende karakter som i denne

studien. I de tilfeller der følgeobjektet er hovedkilden til data, for eksempel der en virksomhet eller en kommune ønsker å anvende følgeforskning som ledd i utvikling av praksis innen sitt område, bør følgeforskningen gå over noe lengre tid.

I fokusgruppeintervjuene i casekommunen som hadde status som følgekommune, deltok i alt en gruppe på syv informanter ved tre av intervjuene. Disse samt tre nye informanter i deltok i et utvidet fokusgruppeintervju, noe som samlet utgjorde 10 genuine informanter. Hvert fokusgruppeintervju varte i snitt 3 timer.

Observasjonsdataene ble innhentet gjennom å studere et casemøte mellom barnehagetjenesten, barnverntjenesten og PPT. Deltagende observasjonsdata ble innhentet i et møte der informanter som ellers også hadde deltatt på fokusgruppeintervjuer, var representert.

Videre er det gjennomført ett personlig intervju med KoRus-Sør sin prosjektleder.

I alt utgjør informantgruppen 42 genuine informanter. I tillegg kommer fire aktører som ikke har status som genuine informanter, men som utfyllende kilder og som deltok under observasjonsmøtet.

Forskeren har også deltatt på deler av to kurssamlinger i BIR, og ett internt møte ved KoRus-Sør. Responser fra kursdeltagere under kursgjennomføring, som forskeren fikk tilgang til, er også å betrakte som utfyllende kilde.

I alt representer det kvalitative materialet i BIR et svært rikt materiale, og det anses som mettet. I dette ligger at vi ikke vurderer sannsynligheten som særlig høy for at ytterligere datainnsamling ville gitt tilgang til vesentlig ny innsikt, kunnskap eller informasjon.

## 5.4 Kunnskap og kompetanse

---

Kjernen i innsatsen Barn i rusfamilier er å tilføre kommunene oppdatert kunnskap på området og bidra til at kommunene selv utvikler strukturer som sikrer spredning av kunnskapen. Målet er at kunnskapen skal omsettes i praktisk handling, det vil si omgjøres til kompetanse. Overordnet hensikt er å forhindre at barn lever under kritikkverdige forhold, der søkelyset i denne satsingen er satt på barn som bor i familier der foresattes rusbruk, først og fremst av alkohol, er belastende for barnet. Satsingen dreier seg om å gå fra kunnskap til handling. I denne omsetningsprosessen blir flere nivåer i organisasjon berørt. Evalueringen fokuserer først og fremst på den profesjonelles praksis og samarbeid/samhandling, herunder organiseringen av praksisfeltet. I det videre skal vi se nærmere på disse dimensjonene. Etter gjennomgangen av hva datamaterialet forteller oss, gjennomfører vi en samlet analyse av dette i lys av de analytiske dimensjoner vi har gjort rede for i kapittel 3. Denne analysen danner opptakten til en betraktning om hva denne samlede kunnskapen på dette området kan og bør bety.

### 5.4.1 Eksplisitt kunnskap

SIRUS evaluerte prosjektet ”Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon” i 2009 (Baklien og Wejden). Konklusjonen var at prosjektet bidro til å øke deltakernes kompetanse og endret deltakernes handlingsmønstre i forhold til bekymring rundt barn som kan være utsatt for belastende rusmisbruk. Evalueringen til SIRUS viste også at deltagerne opplevde at de hadde fått øket sin kunnskap innenfor juridiske temaer og rusrelaterte problemstillinger.

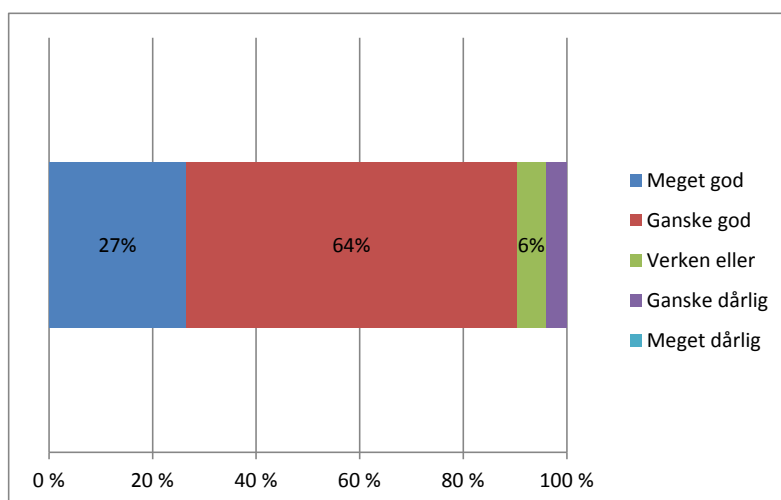
I vår evaluering har vi, foruten å studere kompetanse, også studert eksplisitt kunnskap. I det videre skal vi ta for oss sentrale temaer i Barn i Rusfamilier knyttet til nettopp eksplisitt kunnskap og se nærmere på hva dataene forteller oss. Vi stiller fire hovedspørsmål som vi i det videre tar for oss.

## Kunnskap om rusmidlers betydning og konsekvenser for barn

Gjennomgående opplever deltakerne både i følgekommunen, i case-kommuner og respondentene i spørreundersøkelsen at de gjennom kursvirksomheten har tilegnet seg betydelig kunnskap om de temaer som kursene tar for seg:

*«Barn i rusfamilier har ført til større fokus på rus, gitt oss en større forståelse for hvordan ting henger sammen og en erkjennelse av at det var mange ting vi ikke hadde fokus på».*

Det faktum at kurset både gir kunnskap om skader, men også om adferd og at det først og fremst skal fokuseres på rusens virkning, ser ut til å ha gitt mange ny kunnskap om hva det vil si for barn. Dette gjelder i første rekke skoler og SFO (der disse deltar aktivt), barnehager og helsestasjonen. Følgende tabell fra spørreundersøkelsen illustrerer dette:



Figur 5.1: Kurset har gitt kunnskap om konsekvenser av voksnes rusmiddelbruk har på barna og familien. Alle respondenter. I prosent.

Tabellen etterlater et overbevisende inntrykk av at respondentene oppfatter og opplever kursdeltagelse som svært matnyttig relatert til kunnskapsområdene vi etterspør. Dette er sentrale områder i kursprogrammet. Det kan derfor hevdes at denne delen av kursprogrammet har svært god mål-opnåelse.

Våre kvalitative data fra casestudiene og følgekommunen, samt KoRus-Sørs egevaluering (questback og evalueringsskjemaer etter kursslutt) viser også at kursdeltagerne oppfatter at de har fått både øket og nyttig kunnskap:

*«Vi har nå en faglighet i arbeidet som vi ikke hadde tidligere.»*

*«Kursprogrammet har vært veldig bra, både i innhold og form. Og matnyttig, noe vi kan bruke i hverdagen.»*

Den gruppen som skiller seg noe ut er barnverntjenesten. Utsagnene viser at barneverntjenesten gjennomgående rapporterer at de gjennom sin utdanning og praksis har tilegnet seg høy kompetanse på å avdekke uakseptable hjemmeforhold for barn, men at deltagelsen på kursprogrammet har gitt økt kunnskap om rusmiddelrelaterte problemstillinger:

*«Har ikke vært veldig revolusjonerende for barnevernet, men noe var nytt. Dessuten var det nyttig kunnskap generelt og bra at andre enn barnevernet ser det og tør å tenke at det er rus.»*

Når vi imidlertid ser litt nærmere på våre data fra spørreundersøkelsen, finner vi at det faktisk ikke alene er kursdeltagere, herunder ressursgruppedeltagere, som rapporterer om god kunnskap om den virkningen voksnes rusmiddelbruk har på barna og familien. Vi ser i tabellen under at fordelingen på kursdeltagelse/ikke deltagelse faktisk ikke er svært høy:

Tabell 5.4 Kurset har gitt kunnskap om konsekvenser voksnes rusmiddelbruk har på barna og familien. Fordelt på deltakelse/ ikke deltakelse i ekstern undervisning og ressursgruppe.

	Deltatt	Ikke deltatt	Differanse
Kunnskap om konsekvenser voksnes rusmiddelbruk har på barna og familien	83	74	9

Fordi vårt kvalitative materiale gjennomgående viser at kursdeltagere er tilfreds med nytteverdien av kursprogrammet, kan tabellen over indikere at den gruppen som ikke har deltatt på kurs har hatt nokså høy kunnskap på området sammenliknet med kursdeltagerne. Det kan også relateres til at ikke-kursdeltagere har deltatt på intern skolering gjennomført av ressursgruppa.

## Kunnskap om «barn som bekymrer»

Gjennomgående opplever deltakerne både i følgekommunen og i case-kommuner at kompetansen de har fått gjennom kursvirksomheten har vært svært god og har gitt et svært nyttig grunnlag for å bli bedre i stand til å identifisere barn som bekymrer. Følgende sitater er et uttrykk for dette:

*«Jeg tror mange barn i vår kommune blir sett. Barn som bekymrer blir sett. Slik sett har vi oppnådd mye. Bredere kultur for at vi har en felles bekymring.»*

*«Tørre å undre seg, fått så mye av kunnskap, trygg i det utrygge, det jeg ikke vet helt tør jeg nå å undre meg og bekymre meg høyt med kollegaer.»*

*«Jeg har fått kunnskap om problemet.»*

*«Programmet har hjulpet meg i å forstå at et symptom kan ha mange ulike årsaker, tørre å tenke at det er ikke sikkert at den adferden har noe med skolesituasjonen først og fremst, at det kan være andre ting.»*

*«Jeg har lært at det ikke er farlig å spørre barn, frimodighet til å tørre å spørre direkte. Det å tørre å kunne gjennomføre en nødvendig vanskelig samtale, at det går an. Det kan bety en veldig stor forskjell. Våge seg inn i det.»*

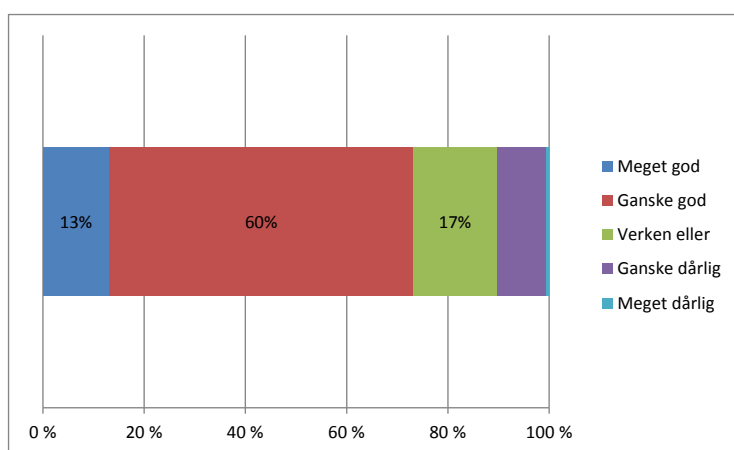
Mange fremhever betydningen av «felles kunnskapsplattform», som både trygger den enkelte i sin profesjonelle fagutøverrolle, samt gjør det enklere å ta opp saker med kollegaer både i egen virksomhet og andre de har «møtt på kurs» fra andre virksomheter.

*«Vi meldte på mange bredt, for å få en bred plattform, felles kunnskapsplattform.»*

Barnverntjenesten rapporterer, både i casestudiene, i følgekommunen og i den tilbakemeldingen som foreligger gjennom questback-undersøkelsen og evalueringsskjemaer prosjektleder ved KoRus har stått for, at de i gjennom sin utdanning og praksis har tilegnet seg høy kompetanse på nettopp «barn som bekymrer», og at for disse fungerer opplæringene derfor mer som en nyttig oppfrisking og som samlende ut mot andre faggrupper.

*«Nå ser ikke alle rart på oss lenger, når vi er bekymret for et barn.»*

Ser vi nærmere på spørreundersøkelsen, finner vi følgende når det gjelder eksplisitt kunnskap på dette området:



Figur 5.2 Kunnskap tilegnet gjennom kursdeltagelse om hvordan man kan identifisere barn som bekymrer og der det er knyttet rustematikk hos foresatte. Alle respondenter. I prosent.

En dokumentasjon på kunnskapssøkningen har i flere kommuner vært knyttet til om barneverntjenesten i eller i etterkant av programperioden har sett om økning i antall henvendelser til barneverntjenesten om barn som bekymrer, og som ikke kan relateres til eksterne faktorer (f.eks. en nasjonal trend, en særskilt hendelse osv.) I to case-kommuner rapporterer barnverntjenesten om merkbar økning av henvendelser fra især barnehagene som har deltatt i kursprogrammet. I de tilfeller der barnehagepersonell også deltar i ressursgruppa, merkes en tydelig forskjell.

*«Vi [helse] tar opp en del av bekymringene ift faste tiltaksteam osv., jeg har fått noe flere henvendelser.»*

*«Vi [barnehage] preker mye mer ut fra observasjoner, hva er det er vi ser, ikke bare hva det er. Vi fører også logg, mer fokus på dette, på systematikk etter barn i rusfamilier.»*

*«Barnehagene melder i større grad nå til barnevernet enn før satsingen.»*

*«Ett utgangspunkt var at barnehagene meldte for lite, nå melder de mer.»*

*«Vi i barnevernet følte oss tidligere alene om bekymring, nå som flere er bekymret så gjør det vår jobb enklere.»*



I de øvrige to case-kommuner sees økning i antall uformelle henvendelser og ønske om konsultasjon og veiledning. Det er særlig barnehagene som i større grad enn tidligere tar kontakt med barneverntjenesten for råd og veiledning, eller for å melde saker. I en case-kommune var nettopp få meldinger til barneverntjenesten fra barnehagen en av årsakene til at kommunene deltok på kurset, da de mente det var en underrapportering av saker. I de case-kommunene der enkelte skoler har vært aktive både gjennom kursdeltagelse i KoRus - Sør sin gjennomføring eller i intern opplæring og der representanter for skolene har deltatt i ressursgrupper, vises også en tydelig økning av konsultasjonshenvendelser til barneverntjenesten fra skolene:

«Skole og barnehage tar mer kontakt, men også helsestasjon.» [informant barnevern]

Flere informanter gav i fokusgruppeintervjuene uttrykk for at dette både dreide seg om at de selv hadde fått øket kunnskap om hva de skal se etter knyttet til barn som bekymrer og der dette kan være rusrelatert. Men de fortalte at like viktig som kunnskap, var det de betegnet som «*nedbygging av barrierer*» gjennom at barneverntjenesten hadde åpnet seg mer mot omverdenen. Nettopp dette er etter vårt syn et viktig og interessant funn. Det faktum at øket synlighet, kunnskap om det enkelte virksomhetsmandat og arbeidsform og det «å se» hverandre og møtes, oppfattes å være av like stor betydning som eksplisitt kunnskap, og viser også betydningen av felles arenaer og kunnskapsplattformer:

«Vet ikke om vi har ett helst særskilt fokus på det, vi har alltid jobbet med barn som bekymrer, men vi merker at andre har mer innsikt.» [informant fra barnverntjenesten]

«Det har ikke vært veldig revolusjonerende for barneverntjenesten, men veldig bra at andre ser det og tør å tenke at det kan være rus.» [informant fra barnverntjenesten].

«Mange fra barnevernet deltok, felles plattform med de andre tjenestene.» [informant barnehage]

«Forstå hverandres dilemmaer.»

Vi kommer tilbake til dette senere i analysen.

Men la oss så se på hva tjenestene faktisk vet om hverandre der vi spurte: *I hvilken grad kjenner du til følgende tjenesters lovverk, rutiner og arbeidsmetoder knyttet til barn du er bekymret for?*

Tabell 5.5 I hvilken grad kjenner du til følgende tjenesters lovverk, rutiner og arbeidsmetoder knyttet til barn du er bekymret for? Alle respondenter. I prosent.

	Meget godt	Ganske godt	Verken eller	Ganske dårlig	Meget dårlig	Ikke relevant
Barnehage	26,1	33,8	17,6	14,1	2,8	5,6
Skole	21,5	50,7	13,9	8,3	2,8	2,8
SFO	12,1	35,7	28,6	11,4	5,7	6,4
PPT	19,7	36,6	26,1	9,2	4,9	3,5
Helsestasjon	23,3	38,4	20,5	9,6	6,2	2,1
Rustjenesten	6,6	19,9	36,8	<b>20,6</b>	<b>12,5</b>	3,7
Barnevern	25,3	41,8	15,1	8,2	6,8	2,7
Fastleger	5,8	20,9	38,8	16,5	15,1	2,9
Andre	1,0	16,2	44,8	10,5	8,6	19,0

Vi ser her at enkelte tjenester rapporterer at de har nokså god kunnskap om andre, men det er nokså store forskjeller mellom tjenestene, slik tabellen under også illustrerer:

Tabell 5.6 Kjennskap til andre tjenesters lovverk, rutiner og arbeidsmetode. Fordelt på de ulike tjenesteområdene. I prosent.

	Skole/SFO	Barnehage	Barnevern	Helsestasjon	PPT	Andre
Barnehage	47,3	92,6	68,8	60,9	77,1	62,5
Skole	73,4	60,7	67,2	67,7	82,3	64,0
SFO	60,3	52,2	64,1	62,4	64,8	56,2
PPT	53,1	58,0	66,6	56,3	95,8	65,8
Helsestasjon	48,2	59,0	75,0	91,3	66,7	82,8
Rustjenesten	34,9	44,1	64,1	57,4	<b>31,2</b>	75,0
Barnevern	45,7	64,0	98,5	69,8	75,0	88,2
Fastleger	37,2	39,8	60,0	54,5	37,5	70,3
Andre	38,0	40,6	57,5	50,0	41,7	70,5
N	25-46	16-27	10-16	11-20	12-24	11-17

Våre kvalitative data viser at det er et ganske stort behov for å vite mer om hverandres arbeidsfelt, ansvarsområder og praksisformer. Det anses som en viktig side av Barn i rusfamilier at innsatsen legger vekt på å øke den flerfaglige kunnskapen.

I de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen, finner vi blant annet følgende svar:

*«Fint at man i felleskap kan hjelpe barnet til best mulig tilbud uavhengig av instanser og roller.»*

Går vi så inn og studerer nærmere hvilken forskjell kursdeltagelse kan ha medført, finner vi også her følgende: Fordelt på deltakelse / ikke deltakelse

Tabell 5.7 Kunnskap om konsekvenser voksnes rusmiddelbruk har på barn og familien. Fordelt på deltakelse/ ikke deltakelse i ekstern undervisning og ressursgruppe. Prosentiskåre 0-100 %.

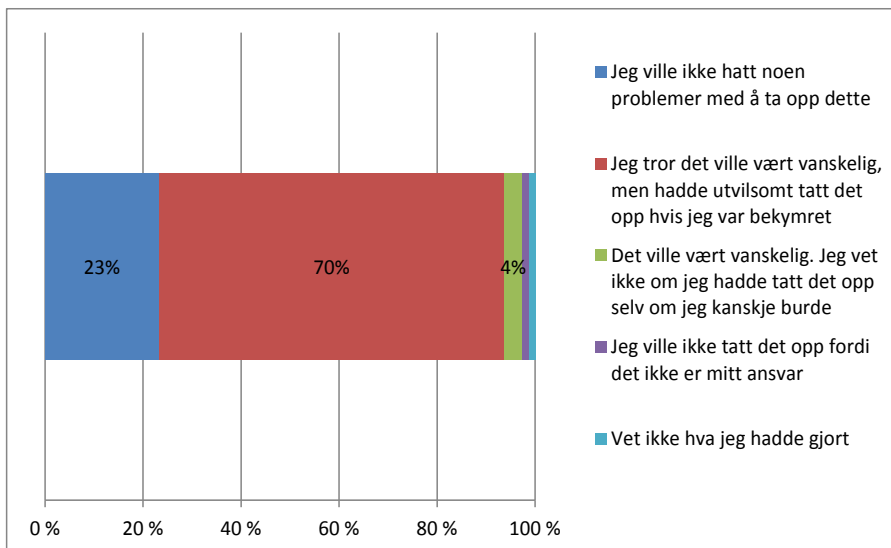
	Deltatt	Ikke deltatt	Differanse
Kunnskap om konsekvenser voksnes rusmiddelbruk har på barna og familien	83	74	9

Mulige forklaringen på denne så vidt lave forskjellen, er slik vi kommenterte over.

Når vi studerer kunnskapsområdet «*I hvilken grad har Barn i Rusfamiliedeltakerne fått kunnskap om Barn som Bekymrer*», er det også interessant å identifisere om vi finner forskjeller mellom de ulike tjenestene når det gjelder trygghet i sin praksisutøvelse. Vi kan anta at trygghet i yrkesrollen har sammenheng med blant annet kunnskap om det aktuelle feltet. Vi spurte følgende spørsmål i

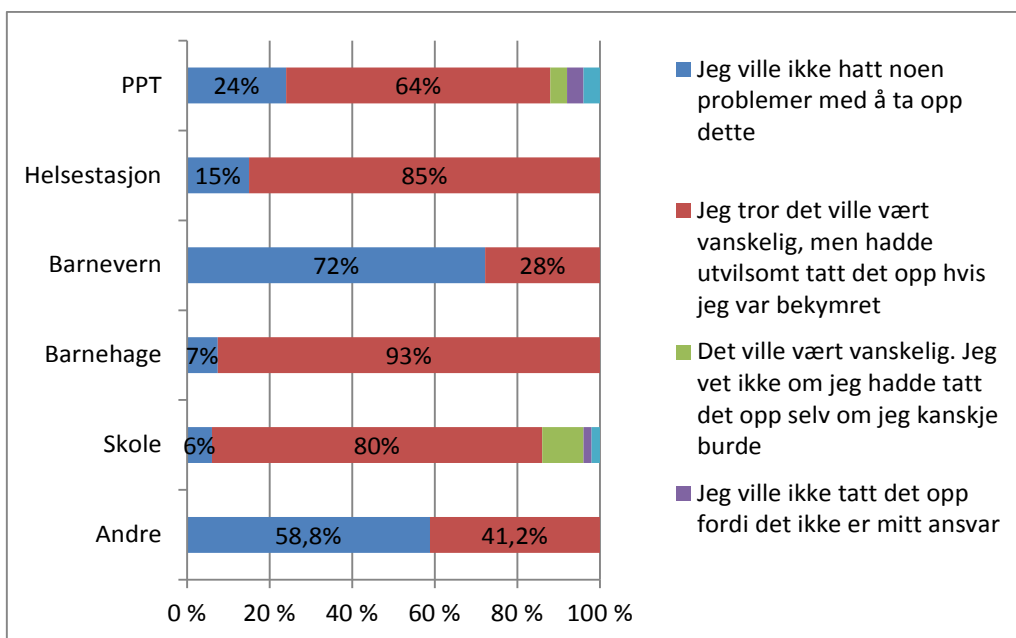
spørreundersøkelsen: *Tenk deg at du har bekymring for et barn som du har kontakt med i en jobbsituasjon, og som lever under forhold der rusmiddelbruk kan være belastende for barnet. Hvordan ville det være for deg å ta opp dette med foresatte?*

Vi fikk følgende svar:



Figur 5.3 Hvordan ville det være for deg å ta opp bekymring for barn med foresatte. Alle respondenter. I prosent.

Vi ser at en overbevisende høy andel ville tatt opp sin bekymring med foresatte. La oss nå videre se nærmere på fordelingen på de ulike tjenesteområdene:



Figur 5.4 Hvordan ville det være for deg å ta opp bekymring for barn med foresatte. Fordelt på de ulike tjenesteområdene. I prosent.

En forventet forskjell, som vi har pekt på tidligere, er mellom barnverntjenesten og øvrige tjenester. Vi er likevel noe overrasket over at forskjellen er så stor, og især at både skole, barnehage, helsestasjonen og PPT rapporterer om at dette er problematisk, med tanke på at de møter barna hver dag og har en form for relasjon til deres foreldre. Vi ser samtidig at de samme tjenestene ville tatt en bekymring opp med foresatte, men vi ser altså at det er en terskel for å gjøre det. Nettopp dette kan være et svært viktig argument for betydningen av satsingen Barn i rusfamilier. Det faktum at tjenester som daglig møter de fleste barna i en kommune ser ut til å ha så vidt betydelige utfordringer i å ta opp en bekymring for et barn med barnets foresatte, viser viktigheten av kunnskapsheving knyttet til rusrelaterte problemstillinger spesielt, og barn som bekymrer spesielt. Vi kommer senere tilbake til hva prosedyrer, rutiner og klare ansvars- og samarbeidslinjer kan bety for å styrke og trygge praksisutøveren, slik en informant sa det:

*«Det at vi ikke er alene lenger, at vi vet hvem som er våre samarbeidspartnere, kanskje det som gjør at vi tidligere har lukket øynene, at vi ikke har visst hvordan vi skal gå frem, nå vet vi det. Og at strukturene hele tiden holdes fremme. Vi har sett at når vi går gjennom saken systematisk så ser vi at det er mange ting som må tas tak i. Og nå vet vi bedre hvordan vi skal gjøre det.»*

Dette utsagnet er representativt for det dilemma majoriteten av informantene i fokusgruppeintervjuene pekte på og viser også hva som er et gjennomgående trekk i vårt materiale når det gjelder hva informanten mener det er viktig å fokusere på i arbeidet med barn i rusfamilier og barn som bekymrer.

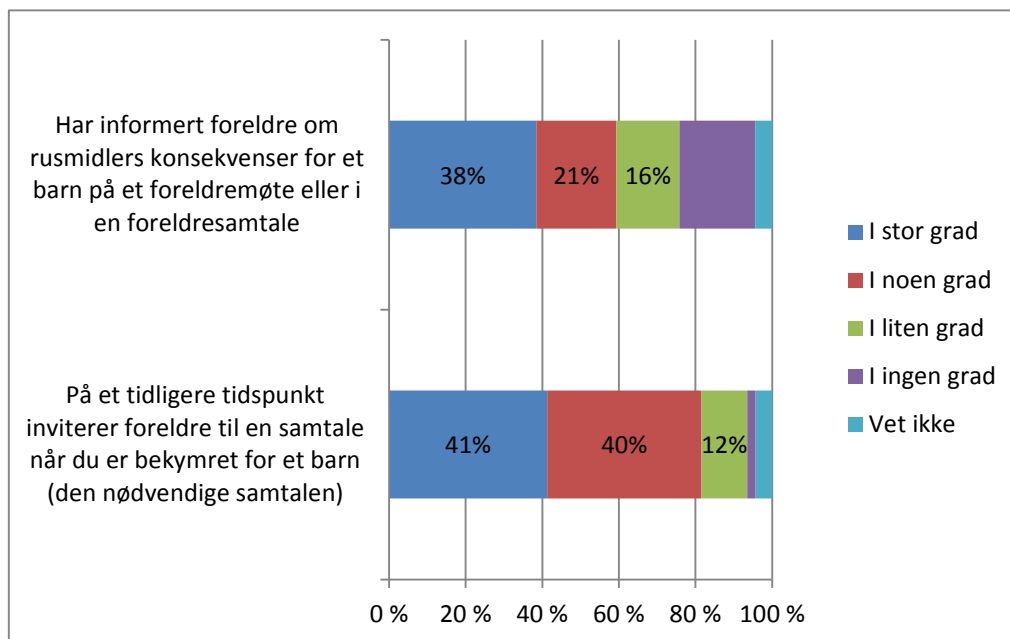
### Kunnskap om «Den nødvendige samtalen»

Som vist over, rapporterer en betydelig andel av respondenten fra skole, barnehage, helsestasjonen og PPT om at de ville tatt opp en bekymring for et barn med foresatte, men at dette ville vært vanskelig. Dataene fra spørreundersøkelsen understøttes av vårt kvalitative materiale. For at praksisfeltet skal settes i stand til å ta opp den «nødvendige samtalen», har KoRus-Sør i sitt kurs- og oppfølgingsprogram også lagt vekt på å tilføre kunnskap om hvordan man kan gjennomføre en slik samtale. Dette har vært tema både på forelesninger, illustrert i filmer, samt at kursdeltagere har gjennomført øvelser og spilt ut ulike scener i grupper under kurssamlingene. Nettopp dette med å spille ut realistiske situasjoner ser ut til å ha vært en virkningsfull form for kunnskapsutvikling:

*«Rollespillet på samlingen var veldig viktig, det var litt rart og uvant, men vi lærte utrolig mye.»*

SIRUS fant tilsvarende funn i sin evaluering. De peker på at tre elementer gikk igjen når kursdeltakerne ble spurt om hva de opplevde som mest relevant. For det første var det et innslag om taushetsplikten, for det andre var det praksisnære fortellinger om barn som lever i rusfamilier, og for det tredje en rolle-/spilltrening i det som ble betegnet som den nødvendige samtalen med foreldre og barn. I SIRUS sin studie var det imidlertid enkelte som hadde forventninger som ikke ble innfridd, og temaer de savnet. I hovedsak dreide det seg om tverretattlig samarbeid og kunnskap om hjelpeapparatet. De savnet mer fokus på hvordan de skulle få til en tverrfaglig modell. De uttrykte også et ønske om at man i løpet av kurset hadde fått til en tydeligere plassering av ansvaret for oppfølging og videre samarbeid etter prosjektet. Andelen som mener at de har tilstrekkelig kompetanse til å identifisere tegn på at et barn lider på grunn av belastende rusmiddelbruk i familien, har økt betraktelig i løpet av prosjektet. Vi kommer nærmere tilbake til hva våre data viser om samarbeid og samhandling senere.

Ser vi så på hvordan respondentene i spørreundersøkelsen rapporterer knyttet til kunnskap om den nødvendige samtalen, finner vi følgende på spørsmål som: *I hvilken grad har undervisningen arrangert av KoRus-Sør eller intern opplæring bidratt til at du..*



Figur 5.5 I hvilken grad har undervisningen arrangert av KoRus-Sør eller intern opplæring bidratt til bedre kunnskap knyttet til følgende forhold. Alle som har deltatt i ekstern/og eller intern undervisning i forbindelse med kursprogrammet. I prosent.

Gjennomgående opplever deltakerne både i følgekommunen og i case-kommuner at kunnskapen de har fått gjennom kursvirksomheten har vært svært god og har gitt et svært nyttig grunnlag for å gjennomføre «Den nødvendige samtalen». Det vises både til kvalitativt godt kursmaterieell, gode kursholdere, matnyttige foredrag og smart gjennomføring av kursene der det ble gitt mye tid til praktisk trening. I tillegg er det gjennomgående stor tilfredshet med oppfølgingen fra prosjektleder fra KoRus-Sør knyttet til utsendelse av løpende materieell og ny informasjon. Mange fremhever også betydningen av at de har sittet i tverrfaglige grupper på kursene og gjennom dette også har oppøvet evne til å kommunisere på tvers av faggrupper, fagtradisjoner og virksomheter.

Det er likevel litt problematisk å identifisere at kunnskapen er aktivt anvendt. I spørreundersøkelsen finner vi riktignok at majoriteten av respondentene rapporterer at de har gjennomført samtale med foresatte. Dette finner ikke helt gjenklang i vårt kvalitative materiale. Det er likevel en betydelig andel som verken har gjennomført samtaler med foresatte eller barnet på bakgrunn av den siste bekymringen de hadde, men en betydelig majoritet har tatt kontakt med andre instanser.

Tabell 5.8 Hva slags handling ble gjort i siste bekymringssak. Alle respondenter. I prosent

	Ja	Nei
Samtale/-r med barn	48,1	51,9
Samtale/-r med foreldre	67,4	32,6
Kontakt med andre instanser	84,5	15,5
N= 129		

I vårt kvalitative materiale, fremgår det som sagt at informantene opplever nokså høy utrygghet knyttet til den nødvendige samtalen, hvilket også spørredataene indikerer. Til tross for dette rapporterer altså respondentene om at de gjennomfører det når det er helt nødvendig. Vårt kvalitative materiale tyder også på at dette er kontekstuel avhengig. Det vil si at gjennomføring av den nødvendige samtalen ikke alene henger sammen med kunnskap om og hvordan den skal gjennomføres, men at det har tydelig sammenheng med hvorvidt praksisutøveren er trygg på interne prosedyrer og rutiner knyttet til hvordan det skal gjennomføres og hvilke støttesystemer som finnes internt.

Der vi kan se en klar endring, er knyttet til helsestasjonen. Vårt kvalitative materiale viser at denne gruppen i større grad enn før satsingen både fokuserer på rus i sine samtaler med foresatte, og i økende grad også tar opp rusbruk med foresatte der det er grunn til uro eller bekymring. Flere helsestasjoner har utviklet faste rutiner knyttet til spørsmål om rusvaner, som en del av den allmenlige kartlegging. Dette vurderer de av våre informanter som har tatt i bruk et slikt system, å være langt bedre til å sile ut hvem de skal spørre. Det faktum at alle blir spurt gjør det altså enklere for helsepersonellet. En av våre informanter viste imidlertid til en ubehagelig erfaring med en slik standardisering. Under den rutinemessige kartleggingen som gjøres av grupper av barn, var en forelder blitt spurt om rusbruken. Vedkommende hadde blitt svært sint og mente at helsestasjonen gjennom en slik privat gransking forhåndsdomte alle foreldre i kommunen som dårlige foreldre. Situasjonen hadde vært så vidt ubehagelig at helsestasjonen tok opp til vurdering om de skulle gjennomføre rusrelaterte spørsmål som fast rutine. De kom frem til at det likevel var det som ble ansett som best faglig sett, og det sikreste for å fange opp bekymringsfullt rusbruk. Men det kan som vist støte mot det borgerne oppfatter som «det private rom». Vi tar i våre anbefalinger til orde for et skarpere borgerfokus som en videreføring av KoRus-Sørs linje på området og kommer nærmere tilbake til denne problematikken.

Barnehagene rapporterer også om økning i kunnskap. Vårt kvalitative materiale viser imidlertid en usikkerhet i denne tjenesten knyttet til praksis på dette området. Mange av informantene uttrykker også en uro for om den nødvendige samtalen også finner sted etter at programmet formelt ble avsluttet:

*«Jeg skulle ønske at vi hadde det som tema av og til, og synes det er ganske stille i forhold til dette etter kursene, men jeg tror de bruker denne kunnskapen ift den nødvendige samtalen.» [informant fra barnverntjenesten].*

Senere i gjennomgangen tar vi for oss varighet. Det samlede datamaterialet viser at det gjennomføres foresatterelaterte kurs både på skoler, barnehager og i regi av helsestasjoner, der tema knyttet til rus er behandlet. Nettopp dette ser ut til å være en klar effekt av Barn i rusfamilier. Dette anses også av flere informanter som et godt grunnlag for senere å ta opp «den nødvendige samtalen».

## Kunnskap om regelverk knyttet til meldeplikt og taushetsplikt

Studier har vist at regelverket som regulerer taushetsplikt og meldeplikt er et problematisk område. Dette gjelder både hvordan regelverket skal håndteres internt i en virksomhet og hvordan virksomheter samarbeider på tvers av etatsgrenser. I noen tilfeller er spørsmålet om taushetsplikt snudd på hodet, og det foreligger en plikt til å gi opplysninger som ellers er underlagt taushetsplikt. I slike situasjoner sier man at det foreligger meldeplikt. Barnevernloven § 6–4 annet og tredje ledd inneholder sentrale bestemmelser om meldeplikt. Bestemmelsene gir offentlige tjeneste-

menn, helsepersonell, ansatte ved familievernkontorer, meglere i ekteskapsaker, samt noen andre grupper opplysningsplikt uavhengig av taushetsplikt når barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Vi ser altså at de ansatte som jobber innen de tjenestene som er målgruppe for Barn i rusfamilier, har meldeplikt og at den er hevet over taushetsplikten i de tilfeller der det er grunn til alvorlig bekymring for et barn. Utfordringen er hvordan dette kan tolkes, altså når det er grunn til «alvorlig bekymring». For eksempel fremgår det av barnehageloven § 22 første ledd, at barnehagepersonalet har en plikt til å være oppmerksomme på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side. Denne oppmerksomhetsplikten gir imidlertid ikke i seg selv rett eller plikt for barnehagen til å gi opplysninger til barneverntjenesten. Dette er ett eksempel som viser at opplæring i regelverk knyttet til meldeplikt og taushetsplikt er svært viktig i en satsing som Barn i rusfamilier der ambisjonen er tidlig intervensjon, det vil si å komme i posisjon til barnet og dettes situasjon også før det foreligger grunn til alvorlig bekymring.

Spørreundersøkelsen viser at respondentene gjennomgående rapporterer at kursprogrammet eksternt og/eller der det er formidlet videre internt, har gitt god kunnskap om både meldeplikt og taushetsplikt:

Tabell 5.9 Kunnskap om ulike forhold ved rusmiddelrelaterte problemstillinger. Fordelt på de ulike tjenestemrådene. Prosentskåre 0-100 %.

	Skole/SFO	Barnehage	Barnevern	Helsestasjon	PPT	Andre
Kunnskap om meldepliktbestemmelser vedrørende rusrelaterte problemstillinger	69	84	88	82	75	85
Kunnskap om taushetspliktsbestemmelser vedrørende rusrelaterte problemstillinger	70	81	85	81	70	86

Tilsvarende funn finner vi i våre kvalitative data. Både casestudiene og følgedataene viser at informantene er svært tilfredse også med denne delen av kurset. Følgende utsagn er representativt for dette:

*«Kursdelen om juridiske emner var både viktig og utrolig bra foreleser. Vi skal bruke han på en intern kursdag også.»*

Case- og prosessdata viser også at kursdagen om taushetspliktsbestemmelser også bidro til å klargjøre både muligheter og ansvarsforhold, samt å avlive myter. Vi ser også at det er en viss forskjell på respondenter som har deltatt på kurs eksternt eller internt, og de som ikke har deltatt.

Tabell 5.10 Kunnskap om ulike forhold ved rusmiddelrelaterte problemstillinger. Fordelt på deltakelse/ ikke deltakelse i ekstern undervisning og ressursgruppe. Prosentskåre 0-100 %.

	Deltatt	Ikke deltatt	Differanse
Kunnskap om meldepliktbestemmelser vedrørende rusrelaterte problemstillinger	83	73	9
Kunnskap om taushetspliktsbestemmelser vedrørende rusrelaterte problemstillinger	82	72	10

Men også her er det, noe overraskende, nokså liten forskjell. Dette særlig tatt i betraktning at kvalitative data gjennomgående viser en stor tilfredshet med denne delen av kurset, og der kursholder har blitt engasjert av mange kommuner for å bidra med internopplæring. Vår vurdering er derfor at respondentene i spørreundersøkelsen delvis overvurderer sin egen kunnskap på dette området, samt at det kan være grunn til å tro at respondentene som ikke har deltatt på kurs kan være ansatte som har gjennomført kurspakker med tilsvarende innhold tidligere og/eller har god kjennskap til dette gjennom sin fagutdannelse.

Samlet viser materialet at kunnskapen om taushetsplikt og meldeplikt er god og at dette blir ansett som sentralt i arbeidet med utsatte barn.

## 5.4.2 Implisitt kunnskap

I det foregående har vi studert eksplisitt kunnskap og hva materialet viser oss knyttet til sentrale kunnskapsområder i satsingen Barn i rusfamilier. Vi skal nå se nærmere på hva datamaterialet forteller oss om den implisitte kunnskapen, den som så å si bygger bro mellom eksplisitt kunnskap og den praksis som utspilles. Den eksplisitte og implisitte kunnskapen utgjør i sum kompetansen både til den enkelte fagutøver, men også det vi kan betegne som organisasjonens samlede kompetanse. For å identifisere om fagutøverne går fra kurs og ord til handling og at det derved kan sies å være utviklet en bærekraftig praksisstruktur, har vi i spørreundersøkelsen studert deltagerkommunenes egen vurdering av sin kompetanse og trygghet i yrkesrollen. Tilsvarende er gjort for casekommunene der vi også har undersøkt deres egen vurdering av gjennomføringskraft. Så har vi prosessdata fra følgeforskningen som har belyst hva som faktisk skjer her og nå og gjennom dette gitt oss et grundigere bilde av faktisk praksis, dens «fremmere» og «hemmere». I den videre analyse stiller vi spørsmål til materialet om hvordan deltagerne opplever sin egen kompetanse på området barn i rusfamilier spesielt og barn som bekymrer generelt. Vi starter med å se på deltagerens egen vurdering av sin kompetanse på innsatsens hovedmålgruppe på brukernivå, nemlig barna.

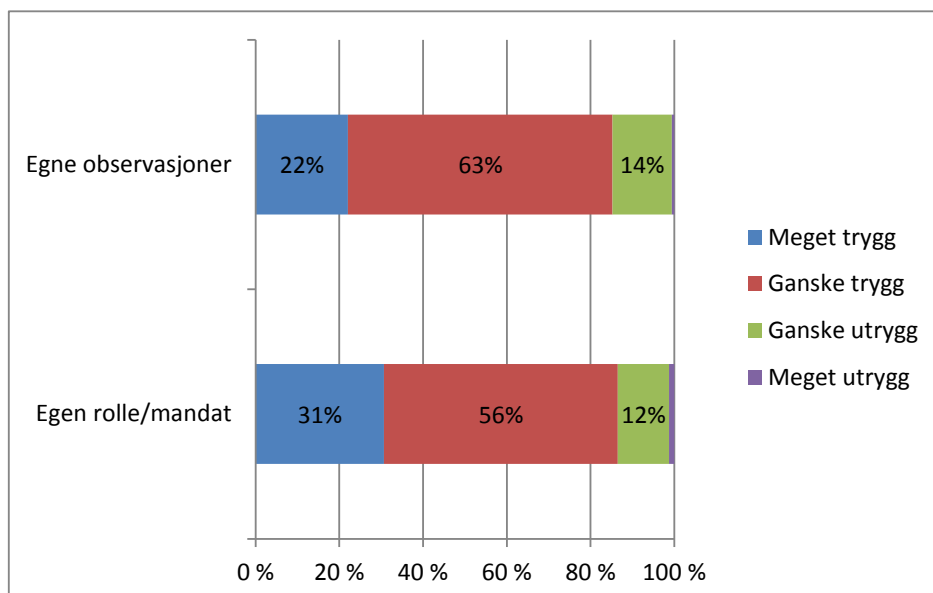
### Kompetanse på området barn i rusfamilier spesielt og «barn som bekymrer» generelt

Kommunene som deltar i innsatsen, har meldt sin interesse «frivillig». Det innebærer at de har avdekket et kunnskapsbehov i forkant. I dette ligger at de, i alle fall de som deltar, også erkjenner behov for kompetanse. Det er også et gjennomgående trekk i vårt materiale, at barnverntjenesten



rapporterer om god forhåndskunnskap innen de ulike områdene kursprogrammet tar opp. Men, som vist tidligere, rapporter også denne tjenesten om manglende kunnskap knyttet til rusrelaterte problemstillinger og har derfor hatt nytte av å delta i kursprogrammet. I KoRus-Sør sine egne interne evalueringer, questback, vises en viss motsetning mellom kunnskaps plassering før kurs og opplevelse av mestring knyttet til temaet før kurs. Opplevelse av mestring er høyere enn kunnskapsscoren. Etter kursprogrammet har begge deler økt, men kunnskapen har økt langt mer. Dette kan indikere at praksis som har vært utøvet, i mindre grad har vært kunnskapsbasert før deltakelse enn etter deltakelse. Vi har ikke holdepunkter for å fastslå dette ut fra vårt materiale, men vi anser det som et trekk ved praksis som er interessant.

Ser vi så nærmere på spørredataene, finner vi følgende fordeling på spørsmål om: *Når du møter rusrelatert problematikk i ditt arbeid, i hvilken grad er du trygg på følgende forhold:*



Figur 5.6 I hvilken grad er du trygg på følgende forhold knyttet til rusrelatert problematikk. Alle respondenter. I prosent.

Som vi ser viser spørredataene en samlet sett høy trygghet på egen rolle og egne observasjoner. Over 80% av respondentene rapporterer om at de er meget trygge eller ganske trygge.

Våre kvalitative data viser imidlertid ikke en så sterk tiltro til egen kompetanse. Tvert om vises en tydelig bevissthet om behov for øket kompetanse både i kommunen generelt og på områdene barn i rusfamilier og barn som bekymrer, og at det er problematisk å etablere strukturer for løpende kompetansesikring.

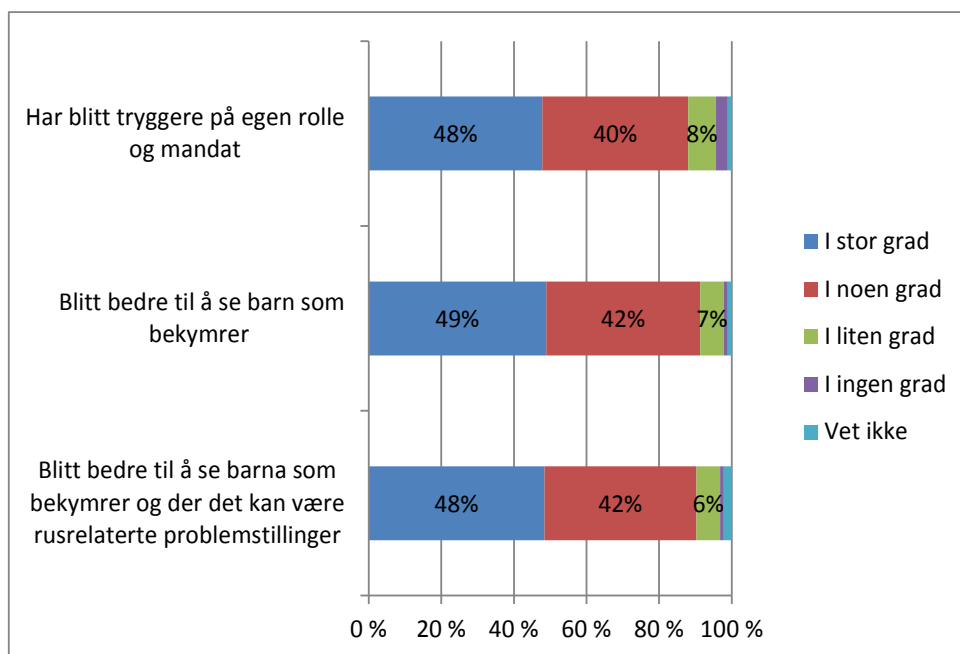
Denne diskrepansen mellom vårt kvantitative og kvalitative materiale kan forklares metodologisk. I en spørreundersøkelse tolker respondenten spørsmålene og de blir også til dels «tvunget» til å svare innenfor en gitt ramme. Dette kan resultere i at det oppstår en rekke feilkilder. I kvalitative studier foregår en løpende validering av data gjennom at forskeren kontinuerlig sjekker ut at forskerens analyse og tolkning av dataene samsvarer med informantenes mening, det vil si at de er genuint autentiske. Vår vurdering er derfor at casestudiedataene og prosessdataene i følgeforsk-

ningen som er gjennomført, er noe mer nyansert og presise enn hva vi kan forvente av spørredata. Når våre kvalitative data viser at praksisutøvere melder om større usikkerhet om praksis knyttet til barn i rusfamilier enn for spørredata, har vi dermed grunn til å anta at dette er gjeldende.

I vår undersøkelse har vi ikke foretatt før/etter-målinger av kunnskap eller kompetanse. Vi kan derfor ikke fastslå den direkte effekten av programmet. Derimot kan vi antyde virkninger gjennom å studere kursdeltagernes rapportering om mestring og sammenlikne disse med ikke-kursdeltagere som heller ikke har deltatt på internopplæring. Vi kan da få et visst inntrykk av forskjellen mellom en gitt før-situasjon og etter-situasjon. Utsagnene i de åpne spørsmålene i undersøkelsen gir oss også en indikasjon på før/etter-situasjonen. Likeledes gir kvalitative data oss et godt bilde av informantenes egen vurdering. Materialet indikerer samlet at det er en heving av både kunnskap og kompetanse i de kommunene som har deltatt i programmet. Følgende utsagn illustrer dette:

*«Blitt bedre på den «vanskelige og nødvendige samtalen». Beskrive hva vi ser, hva som bekymrer oss hos barnet. Blitt sikrere i hva som er mitt mandat.»*

Vi stilte også spørsmål om følgende: *I hvilken grad har undervisningen arrangert av KoRus-Sør eller intern opplæring bidratt til at du:*



Figur 5.7 I hvilken grad har undervisningen arrangert av KoRus-Sør eller intern opplæring bidratt til bedre kunnskap knyttet til følgende forhold. Alle som har deltatt i ekstern/og eller intern undervisning i forbindelse med kursprogrammet. I prosent.

Vi ser her at deltagerne rapporterer om en overbevisende tilfredshet med KoRus sitt kursprogram, som også for en stor del har blitt benyttet i internopplæringen slik det vises av casestudiene og av prosessdataene i følgeforskningen.

Ser vi nærmere på fordelingen på tjenesteområdene, finner vi følgende:

Tabell 5.11 Effekter av kommunenes deltakelse i kursprogrammet. Alle respondenter med kjennskap til BIR, fordelt på de ulike tjenesteområdene. Prosentskåre 0 – 100%.

	Skole/SFO	Barnehage	Barnevern	Helsestasjon	PPT	Andre
Blitt bedre til å samtale om rus med foresatte (den nødvendige samtalen)	43,0	67,2	63,7	58,1	55,0	70,5
Blitt bedre til å avdekke rusmisbruk	43,6	54,5	52,7	56,5	45,8	57,4
Blitt bedre til å se barn som bekymrer og der det kan være rusrelatert	55,4	65,0	<b>52,3</b>	65,4	58,2	59,0
Blitt bedre til å se barn som bekymrer generelt	62,3	67,4	52,3	64,4	56,8	61,5
Blitt bedre til å samtale med barn som bekymrer	59,4	59,7	51,2	60,4	57,8	52,0
N	25-30	21-25	11-13	14-18	13/14	14/15

Oversikten viser, ikke uventet, at det er barnverntjenesten som samlet sett i minst grad rapporterer om utbytte av kursprogrammet, selv om de også melder om utbytte. Det interessante er at de melder om betydelig utbytte knyttet til at de har blitt bedre til å samtale med foreldre om rus. Dette kan indikere at rustematikk ikke er et fagområde som barnverntjenesten har høy kompetanse på.

Vårt kvalitative materiale levner liten tvil om at de aktørene som deltar i innsatsen gjennom ressursgupper og/eller kursprogrammet, drar nytte av dette når det gjelder utvikling av egen trygghet i praksisfeltet og også som veiledere for ansatte:

*«Tør å stole mer på magefølelse, har erfart at den har vært riktig et par ganger, tør mer å spørre eleven. Ikke så redd for underspørsmål også i forhold til eleven.»*

*«Barn i rusfamilier har hjulpet meg til å bli trygg på hvordan ta opp ting med foreldre, ta opp med foreldre noe annet enn å drøfte med fagfolk.»*

*«Barn i rusfamilieprogrammet er gode på hvordan ta opp en bekymring.»*

Våre data viser at dette både er knyttet til kunnskapen som formidles, spilltreningen som gjennomføres under kursdagene og ikke minst sam-erfaringen med kolleger som finner sted under kursdagene. Vissheten om at kollegaer er kjent med det samme kunnskapsgrunnlaget og arbeider i samme retning ser ut til å bety svært mye, hvilket følgende utsagn er et godt bilde på:

*«Viktig at vi står sammen om å tørre det, at vi vet at mange ulike fagaktører har denne felles faglige preferansen, at det er bredt, det gjør det enklere å fokusere på det, å stå i det, det har blitt enklere å stå i dette i møte med familier.»*

## Kortfattet sammenfatning

Vi har vist at et gjennomgående trekk ved vårt materiale er god kunnskap om fagområder som Barn i rusfamilier fokuserer på og at deltagelse i Barn i rusfamilier har bidratt til denne kunnskapshevingen. Vi finner også at kompetansen er høynet blant kursdeltagerne og de opplever høyere grad av trygghet i yrkesrollen. Til tross for dette råder er det fremdeles en ikke ubetydelig tilbakeholdenhet knyttet til å samtale med foresatte og ikke minst samtaler med barna. Vi ser altså at den eksplisitte kunnskapen er høy, men anvendelsen står ikke i samsvar med kunnskapsnivået. I Barn i rusfamilier er det nettopp en tese at kunnskap må deles og fordeles om den skal anvendes. Derfor er det lagt vekt på at systemnivået skal istandsettes og rigges for at ord skal omsettes til handling. I det videre skal vi se nærmere på dette.

## 5.5 Organisering, samarbeid og samhandling

Innsatsen Barn i rusfamilier har som ambisjon at ikke bare deltagerne skal få øket kunnskap og kompetanse, men at også organisasjonen – deltagerkommunen – skal utvikle hensiktsmessige strukturer som kan sikre en kunnskapsbasert praksis der en felles kompetanseplattform på tvers av etablerte fagkretser, kan utspilles. I arbeidet med å stimulere deltagerkommunene til dette, har KoRus-Sør stillt tydelige forventninger til deltagerkommunene om at de skal rigge en programstruktur som både sikrer intern spredning og bidrar til utvikling av robuste samarbeids- og samhandlingsstrukturer. Evalueringen har derfor også studert både utvikling av interne prosedyrer og rutiner på området, samarbeid mellom virksomhetene og bruk av kursmaterieell på tvers som ledd i felles kunnskapsplattform. I det videre skal vi ta for oss forskningsspørsmålene.

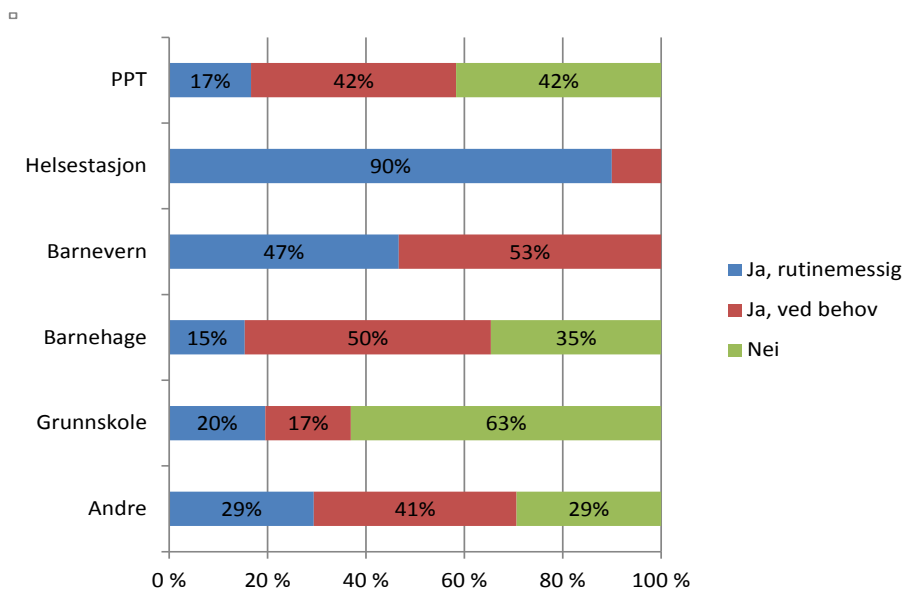
### 5.5.1 Interne rutiner og prosedyrer

I Barn i rusfamilier er det en ambisjon at aktuell målgruppe for innsatsen (primært barnehager, skoler, helsestasjonen, PPT og barnverntjenesten) skal oppøve ferdigheter i å gjennomføre «den nødvendige samtalen». Materialet så langt tyder på at kursdeltagere gjennomgående opplever at de har fått økt kompetanse til dette. Fra KoRus-Sør sin side anses det i tillegg som viktig at den enkelte virksomhet har rutiner og prosedyrer som sikrer at rustematikk blir tatt opp og håndtert. Vi spurte blant annet derfor om følgende i spørreundersøkelsen: *Tar dere opp temaet knyttet til rusmidlers påvirkning og skadevirkninger på faste tidspunkt med foreldre/foresatte?*

Tabell 5.12 Tar dere opp temaer knyttet til rusmidlers påvirkning og skadevirkninger på faste tidspunkt med foreldre/foresatte. Alle respondenter. I prosent.

	I prosent
Ja, rutinemessig	31,8
Ja, ved behov	32,4
Nei	35,8
N	148

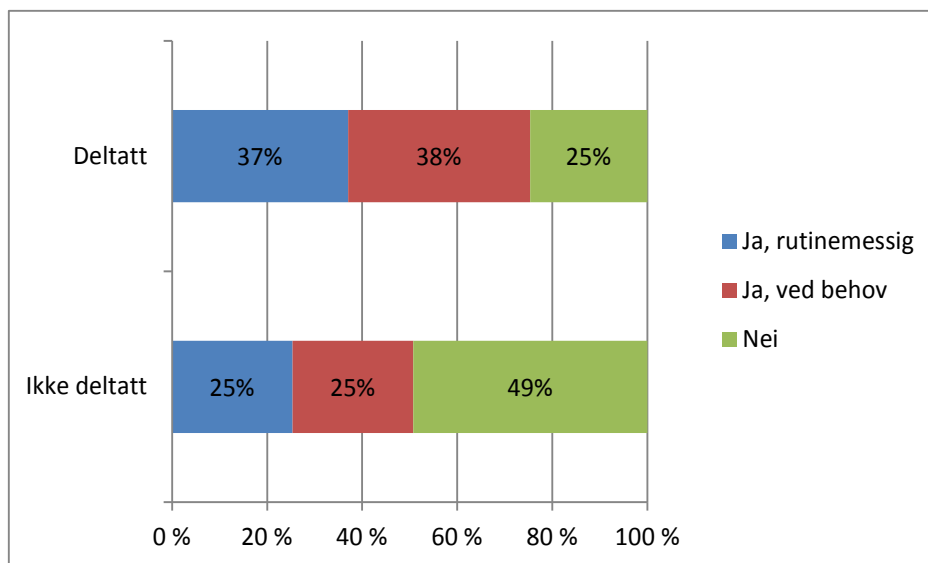
Ser vi nærmere på hvordan dette fordeler seg på tjenesteområder, finner vi følgende fordeling:



Figur 5.8 Tar dere opp temaer knyttet til rusmidlers påvirkning og skadevirkninger på faste tidspunkt med foreldre/foresatte. Fordelt på de ulike tjenesteområdene. I prosent.

Også her finner vi at det er barnverntjenesten, barnehager og helsestasjonen som er særlig aktive. Kategori «andre» skårer også høyt, og vi kan anta at det er rustjenesten som her slår inn. Skolen tar temaet opp i nokså liten grad, hvilket ikke er spesielt overraskende men likefullt er det viktig å reflektere over hva det betyr. Det er noe mer overraskende at PPT ikke har høyere skåre på dette området, da denne yrkesgruppen i all hovedsak møter de utsatte og sårbare barna. Vi anser dette å være et viktig funn som vi kommer tilbake til senere.

La oss også se på hvordan det fordeler seg på hvorvidt respondentene har deltatt eller ikke deltatt på kursprogrammet:



Figur 5.9 Tar dere opp temaer knyttet til rusmidlers påvirkning og skadevirkninger på faste tidspunkt med foreldre/foresatte. Fordelt på deltakelse/ ikke deltakelse i ekstern undervisning og ressursgruppe. I prosent

Tallene viser at det er en betydelige høyere andel av kursdeltagerne som rapporterer at de tar opp temaer knyttet til rusmidlers påvirkning og skadevirkninger på faste tidspunkt med foreldre/foresatte, sammenlikne med ikke-kurs-deltagere. Dette kan tolkes som at deltagelse i kursprogrammet har en direkte virkning. Fordi vi ikke har kontrollert for hvordan kursdeltagerne handlet i forkant av kurset på dette området, kan vi ikke fastslå slike sammenhenger, kun antyde. Vi har tidligere redegjort for at våre kvalitative data visere at kursdeltagerne opplever øket kunnskap og bedring av kompetanse i form av høyere trygghet på området.

Når vi så i casestudiene etterspør praksis, melder fokusgruppedeltagerne at det er en øket bevissthet om temaet og at temaet i større grad enn tidligere på generelt grunnlag blir tatt opp i foreldremøter i barnehage og i noen grad på skolene. Når det gjelder skolene, skal vi behandle det særskilt, men vi vil påpeke det faktum at våre kvalitative data viser at det er til dels svært varierende hvordan skolene i de aktuelle kommunene har absorbert satsingen.

Dette har mange forklaringer som vi behandler senere i rapporten. Men der enkeltskoler er involvert, vises det at satsingen får interessant oppmerksomhet fra ansatte som kommer i kontakt med denne:

*«Det avhenger av læreren, det å gå inn i den private sonen, det er personavhengig.»*

*«Vi [skolen] forstår oppdraget slik at vi skal inn i private sfære. Men vi jobber ikke med foreldre. Om vi identifiserer et foreldretema, ringer vi helse eller barnevern og av og til politiet.»*

*«Vi [skolen] har et skriv fra ett eller annet sted, når det kommer noen og skal hente et barn der foreldre er rusa, så er det bestemte rutiner for det, men de følges ikke alltid opp fordi man ikke vet.»*

I en casekommune er et utvalg skoler trukket inn som aktive aktører, og her har alle ansatte deltatt på internopplæring i regi av ressursgruppa. Denne undervisningen foregikk på kveldstid, og det var obligatorisk oppmøte for alle ansatte:

*«Alle måtte delta. Men det var ingen motstand, og lærerne synes det var interessant og viktig stoff.»*

I to av casekommunene og i følgekommunen melder helsestasjonen om at de har hatt temaet rus oppe i samtaler med foresatte, men at dette ikke er en del av den daglige praksis. Alle casekommuner har imidlertid felles arenaer der de kan drøfte saker i ulike former for kollegiateam og på arenaer der brukere er tilstede. Dette er ofte saker som allerede er under oppfølging, og det var strukturer som var på plass før innsatsen Barn i Rusfamilier ble iverksatt i kommunen. Når vi etterspør faktisk praksis, viser det seg imidlertid også at det er svært ulikt hvor godt disse strukturene faktisk er kjent for den enkelte aktør. Det kan tyde på at det er nedfelt rutiner for samarbeid, men at disse i til dels svært varierende grad er kjent. Det er en utfordring for Barn i rusfamilier, slik det nok er i de aller fleste samhandlings- og samarbeidsavhengige faglige temaer, at det som nedfelles av felles fremgangsmåter faktisk blir anvendt.

Alle casekommunene og følgekommunen har tatt og tar aktivt i bruk Kompetansesenterets omfattende kursmaterieell, både filmer, veiledere, nettressurser osv. Det er stor tilfredshet når det gjelder kvaliteten på og tilgjengeligheten til dette materiellet.

Det er derimot noe mer problematisk å spore interne rutiner for *hvordan* man skal gjennomføre den nødvendige samtalen. Imidlertid ser det ut til at alle casekommunene og følgekommunen har interne rutiner for hvem de kan søke veiledning hos når de står i en situasjon der den nødvendige samtalen bør gjennomføres. Primært er dette nærmeste overordnet. *Utfordringen er etter vårt syn å identifisere når tiden er inne for denne (Identifisere barn som bekymrer) og at fagutøveren faktisk gå videre med denne bekymringen.* Casestudiene viser, som nevnt, at det er en økning av slike henvendelser til både barnverntjenesten og helsestasjonen. Dette kan vi tolke som et uttrykk for bedring av rutiner på dette området og legger grunnlaget for at flere nødvendige samtaler gjennomføres. Våre data viser imidlertid at det er en utfordring å få på plass faste strukturer for kompetansesikring på området:

*«Nå har det jo gått en stund, vi har sagt til alle personalmøter at vi skal ta opp tidlig intervusjon, men høsten 2012 har vi ikke hatt noe personalmøte og har da ikke hatt noen fellesarenaer for dette, vi har ikke lagt en plan for dette pr i dag, men vi skal ha en planleggingsdag for dette.»*

Det er et gjennomgående trekk i vårt materiale, at det først og fremst er overgangen fra utvikling til etablering, altså implementeringen og «vedlikeholdet», som er en utfordring. Vi kommer nærmere tilbake til dette.

### Er det utviklet interne rutiner for bruk av kompetanseverktøy?

Som vi viste over, er alle casekommunene og følgekommunene svært tilfreds med opplæringsmaterialet som KoRus-Sør benytter i sin opplæring og som kommunene kan ta i bruk. Dette materiellet inneholder også eksempler på veivisere og handlingsveiledere. I alle casekommunene har de utviklet, eller de holder på å utvikle interne rutiner for bruk av dette og supplerende materieell. Fokusgruppeintervjuene viser imidlertid at det er en betydelig utfordring å kople på skolene, og PPT er nokså fraværende. Barnehage, barnverntjenesten og helsestasjonen ser ut til å ha utviklet samarbeidsstrukturen som i bedre grad enn før deltagelse i Barn i rusfamilier, ivaretar rustematikk. Alle casekommunene og følgekommunen benytter kompetansesenterets materieell som grunnlag for utvikling av egne interne opplæringsprogrammer og internt materieell.

Som ledd i arbeidet med å avdekke bruk av materiell, spurte vi om følgende: *Kjenner du til om kommunen har utarbeidet eget materiell som omhandler barn i rusfamilier, tidlig intervensjon eller barn som bekymrer?*

Tabell 5.13 Kjenner du til om kommunen har utarbeidet eget materiell som omhandler barn i rusfamilier, tidlig intervensjon eller barn som bekymrer. Alle respondenter. I prosent.

	I prosent
Ja	57,2
Nei	42,8
N	138

Tallene viser at det er nokså likt fordelt hvorvidt respondentene kjenner til eller ikke kjenner til materiell på området. Dette er et noe overraskende funn ettersom en viktig del av satsingen er å gi tilgang til kunnskap, materiell og til å etablere ressursgrupper som har som ansvar å spre kunnskapen og bidra til å utvikle en felles praksis på området. Vi spør oss derfor om spredningen er noe lavere enn ønsket og forventet, en tråd vi tar opp i et seinere punkt.

Vi spurte også om følgende når det gjelder bruk av materiell: *KoRus-Sør har utarbeidet verktøyet «Den nødvendige samtalen». Har du benyttet deg av dette verktøyet?*  
Vi fant følgende rapportering:

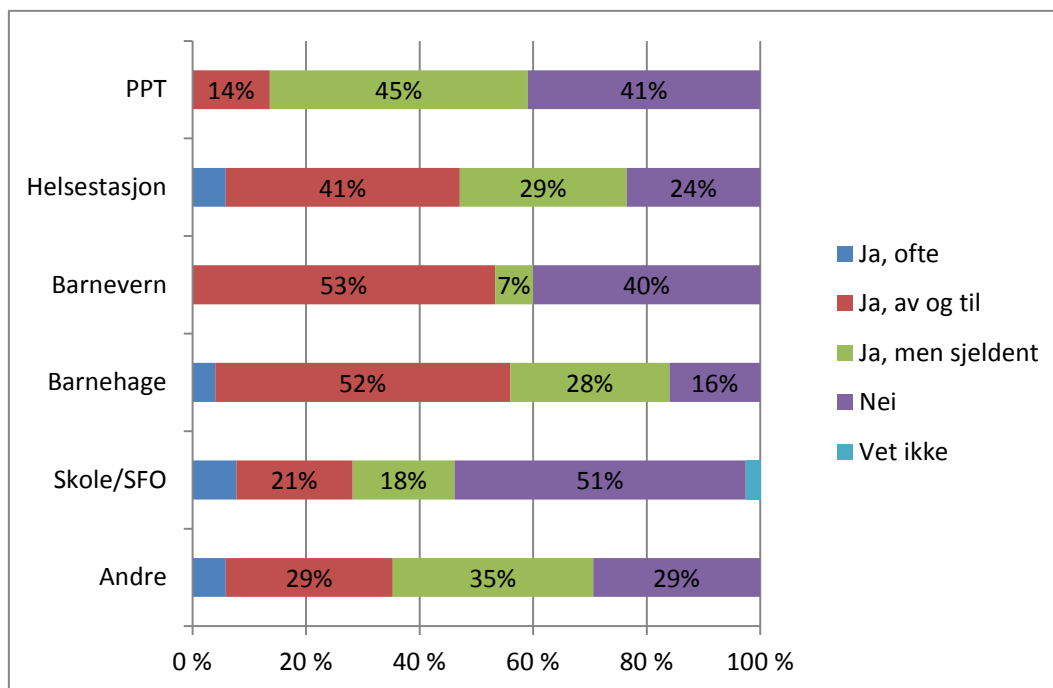
Tabell 5.14 Har du benyttet deg av verktøyet «Den nødvendig samtalen». Alle respondenter. I prosent.

	I prosent
Ja, ofte	4,4
Ja, av og til	32,6
Ja, men sjeldent	26,7
Nei	35,6
Vet ikke	0,7
N	135

Vi ser her at mange har benyttet veilederen, men det er også svært mange som svarer «Ja, men sjeldent» og overraskende mange som svarer nei. Summen av «Ja, men sjeldent» og «nei» er godt og vel 62% av alle respondentene. Hefte og filmen «Den nødvendige samtalen», er gitt til ressursgruppene som skal samle og gjøre verktøyene tilgjengelig. For deltakere som blir med videre, så vil alle få informasjon om at hefte + film ligger tilgjengelig på nettsiden til [www.tidligintervensjon.no](http://www.tidligintervensjon.no).

La oss se på fordelingen på de ulike tjenestene:

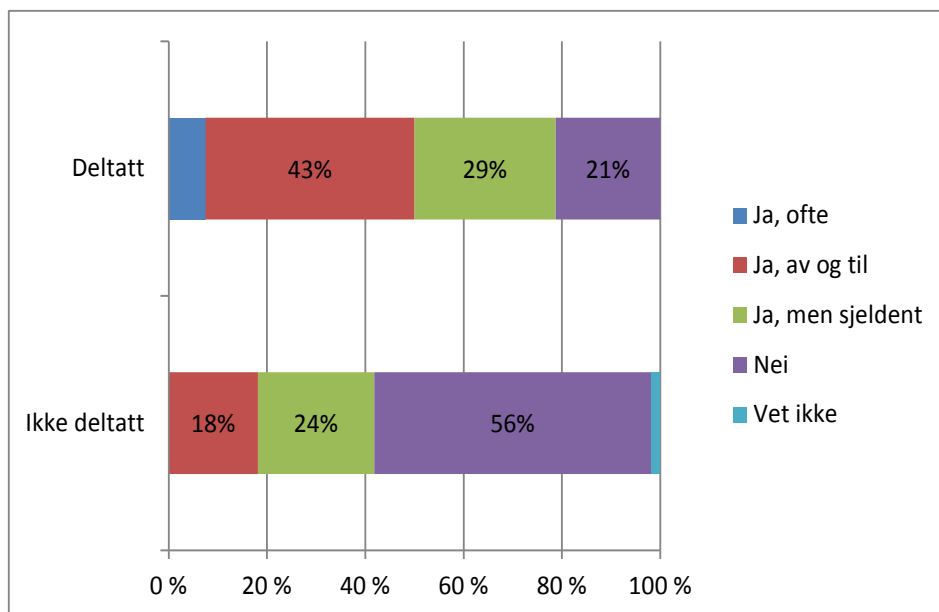




Figur 5.10 Har du benyttet deg av verktøyet «Den nødvendig samtalen». Fordelt på de ulike tjenesteområdene. I prosent.

Vi ser her at skolene er den gruppen som i minst grad benytter veiledere. Tilsvarende finner vi for barneverntjenesten og PPT. Barnehagene og helsestasjonen ser ut til å være de som bruker veiledere hyppigst, men også en gruppe av respondentene i barnverntjenesten rapporterer at de bare bruker veiledere av og til. Barnehager og helsestasjonen som brukere av materiell, er et funn vi også ser i kvalitative data. Det kan se ut til at det nettopp er disse gruppene som i størst grad også deltar i opplæringsprogrammet og som viser stor interesse og vilje for satsingen. Vi finner tilsvarende eksempler knyttet til barnverntjenesten, men det bildet er noe mer delt slik vi også ser det i tabellen.

Om vi studerer bruken av veilederen i lys av hvorvidt respondentene har deltatt eller ikke deltatt på kurs, finner vi at en stor del av den gruppen som ikke har deltatt, heller ikke bruker materialet og vice versa. Dette kan tyde på at de enten ikke kjenner til materialet, ikke ser verdien av det om de kjenner det eller at denne gruppen er, slik vi har påpekt tidligere, en gruppe som har høy både eksplisitt og implisitt kompetanse innen området og derfor ikke har behov for veiledere i samme grad:



Figur 5.11 Har du benyttet deg av verktøyet «Den nødvendig samtalen». Fordelt på deltakelse/ikke deltakelse i ekstern undervisning og ressursgruppe. I prosent.

Det faktum at det er flere som ikke benytter veiledermateriellet enn de som benytter det, er ikke overraskende. Erfaring viser at denne type materiell i mindre grad blir anvendt, sett i lys av ambisjonene til utgiver<sup>13</sup>.

Et annet mål på om det er utviklet rutiner for bruk av materiell som kan fungere som veiviser i arbeidet med å identifisere barn som lever i hushold der foresatte har en problematisk rusadferd, er å etterspørre ansattes tiltro til at barn blir oppdaget. Vi spurte derfor nettopp om dette:

Tabell 5.15 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om tjenesten du jobber i. Fordelt på de ulike tjenesteområdene. I prosent.

	Skole/SFO	Barnehage	Barnevern	Helsestasjon	PPT	Andre
Barn som opplever belastende rusmiddelbruk i sitt hjem, vil bli fanget opp på min arbeidsplass	70,4	77,8	75,0	69,7	<b>51,0</b>	75,0
Foreldre som har et rusmiddelbruk som er belastende for barn, vil bli fanget opp hos oss	60,5	76,9	<b>79,6</b>	65,8	<b>49,0</b>	76,5

Vi ser at et overbevisende antall respondenter mener at påstandene stemmer. I våre åpne spørsmål i spørreundersøkelsen ser vi tilsvarende mønster.

<sup>13</sup> Foredrag nettverkssamling KoRus- Sør, 22. mai 2013: Hvordan kommer vi fra kunnskap til handling? Hvordan opprettholde ny praksis?

## 5.5.2 Har nye rutiner for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid om barn som bekymrer blitt utviklet?

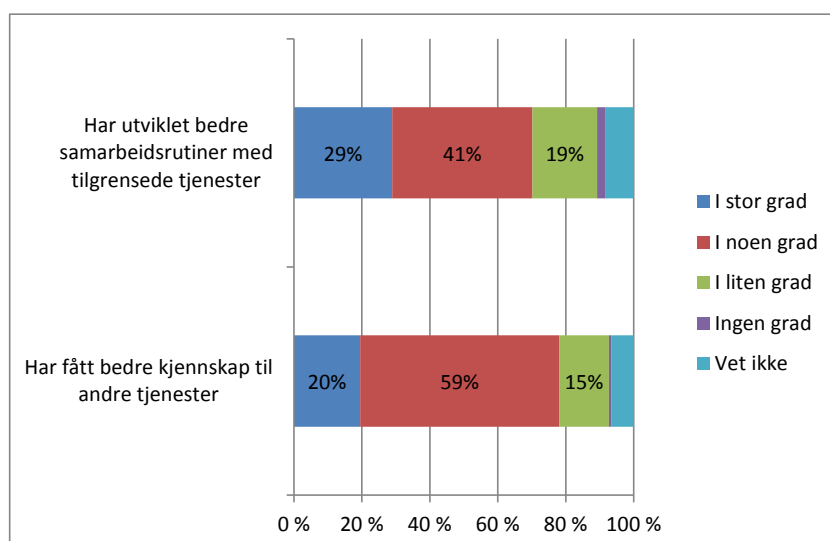
I alle case-kommunene og i følgekommunene har innsatsen, slik KoRus-Sør forventer, hatt siktemål om å utforme rutiner for samarbeidet mellom involverte tjenester. Det varierer imidlertid mellom kommunene hvorvidt det er utarbeidet felles rutiner og hvorvidt de er implementert. Samarbeidet mellom barnevern, helse og barnehage ser ut til å være styrket i alle case-kommunene. Dette forklarer informantene både med at de ble kjent i løpet av kursperioden, ressursgruppen har bidratt til å stryke båndene og at de har større grad av felles plattform i arbeidet gjennom felles kompetanseløft.

Våre kvalitative data tyder imidlertid på at samarbeidet i like stor grad hviler på personlige relasjoner, mer enn at det er etablert og implementert strukturer for samarbeid. Selv om det er utviklet eller er på vei til å utvikles veivisere og permer som inneholder oversikter over tjenester, rutiner og prosedyrer for samarbeid, opplysninger om lovverk mv., viser vårt materiale at det er uklart hvor virksomt dette faktisk er. Det kan se ut til at alle på sett og vis søker å finne ut av den smarte samarbeidsnøkkel, men at den er vanskelig å identifisere.

*«Noen ganger er slikt veldig personavhengig, at du har hilst på en person gjør det enklere å ta kontakt. Modellen vi har her i kommunen (før BIR innsatsen, forskers anm.) skal forhindre det, men det fungerer ikke helt slik.»*

*«Vi har muligens hatt noen prosedyrer, men ingen andre som vet om dette, er ikke et godt system for hver og en avdeling. Det er ikke noe overordna som passer på at samarbeidet er der. De vet ikke hva vi driver med. Det blir veldig personavhengig i vår kommune.»*

Ser vi på spørredataene står disse, også her, i noe kontrast til våre kvalitative data. Vi finner følgende på spørsmål om *i hvilken grad vil du si at deltakelsen i kursprogrammet «Barn i Rusfamilier – tidlig intervensjon» har bidratt til at dere i kommunen...:*



Figur 5.12 Effekter av kommunenes deltakelse i kursprogrammet på samarbeid med andre tjenester. Alle respondenter med kjennskap til BIR. I prosent

Selv om svarene viser at kursdeltakelse har medført bedre samarbeid viser våre kvalitative data at dette i mindre grad enn svarene indikerer, har etablert seg som virksomme veier. Vi kan kanskje si at det er påbegynt utarbeiding av felles kart på bakgrunn av et at det er en omforent forståelse av terrenget, men at det ennå er et stykke arbeid med å gjøre veien farbar og oversiktlig. Følgende utsagn illustrerer en kjerneutfordring:

*«Vi har et skriv fra ett eller annet sted, når det kommer noen å skal hente et barn der foreldre er rusa så er det bestemte rutiner for det, men det følges ikke alltid opp fordi man ikke vet.»*

Det er da nettopp også denne kjerneutfordringen som er begrunnelsen for Barn i rusfamilier. Vårt materiale viser tydelig at det både er et behov for dette, og at det har virket å fokusere på det, slik følgende utsagn fra åpne spørsmål i spørreundersøkelsen viser. Vi ber respondentene om å oppgi hva de synes er spesielt bra med kommunenes innsats i Barn i rusfamilier:

«Barnehagen, helsestasjon, barnevern. Har fått til en samarbeidsgruppe.»

«Synes vi samarbeider etterhvert bra med barneverntjenesten, vi har nå regelmessige møter hvor vi blant annet tar opp tema som rus, vi jobber med å få en felles forståelse f.eks. når er det grunn for bekymring.»

«Vi samarbeider på tvers om felles mål.»

«Det har blitt mer åpenhet og informasjon fra barneverntjenesten, noe som er helt avgjørende for vårt arbeid.»

I en case-kommune har en aktør, barnevernleder, tatt et tydelig styringsgrep over utviklingen av system og struktur for samhandling og samarbeid. Dette har bl.a. medført et aktivt samarbeid især mellom barnverntjenesten og barnehage, samt politi og helse. Her koples nå også skolene inn i økende grad, etter prinsippet om at «vi skal gjøre det så bra at ingen vil være utenfor». Det er svært interessant, men også krevende. Etter flere års arbeid er det fremdeles slik at selv ikke ressursgruppa i denne kommunen har fullt ut oversikt over hvor den enkelte tjeneste står i samarbeidet. Og selv i det vi må betrakte som små og oversiktlige kommuner, som to av case-kommunene er eksempler på og der begge har engasjerte ressursgruppeledere og ressursgruppedeltagere, finner vi til dels betydelige utfordringer med å få på plass samarbeidsstrukturer, slik vi viste over.

Vi ser dog at alle case-kommunene, som ledd i deltagelse i Barn i rusfamilier, foruten å ha økt sin kunnskap på vesentlige områder innen temaet, også har fått en betydelig økt bevissthet og påbegynt arbeidet med utvikling av felles rutiner og prosedyrer, samt arenaer for å dele bekymringer for et barn. Men det er nettopp sistnevnte som ser ut til å være noe mindre utviklet enn hva vi kanskje kunne forvente tatt i betraktning den relativt gode oppslutning kursprogrammene har hatt og det faktum at man har hatt svært engasjerte ressursgrupper og især ressursgruppeledere. Vi kommer nærmere tilbake til hva som kan bidra til å forklare dette og hvordan vi kan forstå det.

Så tilbake til eksemplene. En case-kommune har flere parallelle innsatser på rusområdet, der det vises at de så å si har satt dette i et livsløpsperspektiv. Kommunen har medvirket i Tigris, de medvirker i Barn i rusfamilier, de har et meget kompetent og aktivt rusteam som også er en del av NAV, de arbeider med oppsøkende virksomhet i ungdomsmiljøene og de har også nå planer for å utvikle kunnskap, kompetanse og strukturer for arbeid med eldre og rusproblematikk. En slik livs-

løpstilnærming til rusområdet er meget interessant. Den samme kommunen har medvirket i fatigdomsbekjempende prosjekter og en rekke andre oppvekst- og familieinnsatser.

Nå er det i og for seg ikke så uvanlig at kommuner er i gang med mange samtidige prosjekter. Det vi finner interessant med denne kommunen, er at de, gjennom ulike innsatser har etablert strukturer for samarbeid og samtidig samhandling på tvers av virksomhetsstrukturer. Modellen er under løpende utvikling ettersom ny kunnskap tilsier endringer. Barn i rusfamilier profiterer etter alt å dømme på at kommunens oppvekst- og familierelaterte tjenester, herunder NAV, over flere år har arbeidet systematisk med å komme i felles posisjon til barn og familier. Men selv i denne kommunen har de hatt, og har fremdeles, en utfordring med å kople barnverntjenesten enda tettere på. Men det er gjort mange aktive grep for å fjerne myter og forestillinger om både barnverntjenesten og andre, et arbeid som har vært viktig for å sikre en kunnskapsbasert praksis og ikke minst åpne opp samarbeidssdører. Konkret har dette medført flere henvendelser til barnverntjenesten om veiledning, anonyme drøftinger av saker og konsultasjoner.

I arbeidet med å studere i hvilken grad Barn i rusfamilier har bidratt til at nye prosedyrer og rutiner har blitt introdusert i tjenestene, herunder rutiner og prosedyrer for tjenestesamarbeid, er våre prosessdata også interessante. Som vi så, er det et overbevisende antall respondenter som rapporterer om at Barn i rusfamilier har bidratt til nettopp dette som spørsmålet etterspør. Vi ser også tydelig av våre prosessdata fra følgeforskningen, at Barn i rusfamilier har bidratt til det vi kan betegne som skjerpet fokus på barn i rusfamilier spesielt, men også på barn som bekymrer generelt. Hver enkelt tjeneste som er representert i fokusgruppen (ressursgruppemedlemmer) utarbeidet i følgeforskningsperioden egne oversikter over virksomhetens arbeid knyttet til Barn i rusfamilier. Det var også mange erkjennelser om behovet for nettopp oversikter og dokumentasjon:

*«De systemer som finnes for skole og barnehage i forhold til hvordan du skal innhente hjelp å få i gang tiltak, jeg opplever gang på gang at folk ikke husker dette. Så hvert år må vi gjennomgå på våre faglige arenaer, gjenta rutiner, de blir borte. Frykten for at det kan bli slik her og, så dette er noe vi må passe på.»*

*«Jeg har jobbet her i over 30 år, jeg ser at det er ut hele tiden, det ramler ut, det kommer nye folk som ikke spør de som kan dette.»*

Følgekommunen har over flere år hatt en rekke etablerte strukturer for samarbeid<sup>14</sup>, og søker nå å innlemme satsingen Barn i rusfamilier i etablerte strukturer fremfor å utvikle noe separat.

*«Jeg får nesten åndenød om vi ikke greier å knytte det inn til det vi har. I forhold til modellen vi har i kommunen og våre faglige fora. Så vi må få til det.»*

Det er en strategi som også har vært diskutert i andre case-kommuner, og som ser ut til å være et viktig fokus. Men det er da viktig å være oppmerksom på hvorvidt etablerte strukturer virker etter sin hensikt. I motsatt fall kan det å videreutvikle disse forsterke uhensiktsmessige prosedyrer, rutiner og strukturer på tvers.

Følgekommunen søker nå å modernisere sitt interne opplærings- og oppfølgingssystem slik at det blir enklere å følge opp. Blant annet ser de på muligheten for å utvikle en app på området. Dette er et arbeid som KoRus-Sør skal bidra i og som er meget interessant!

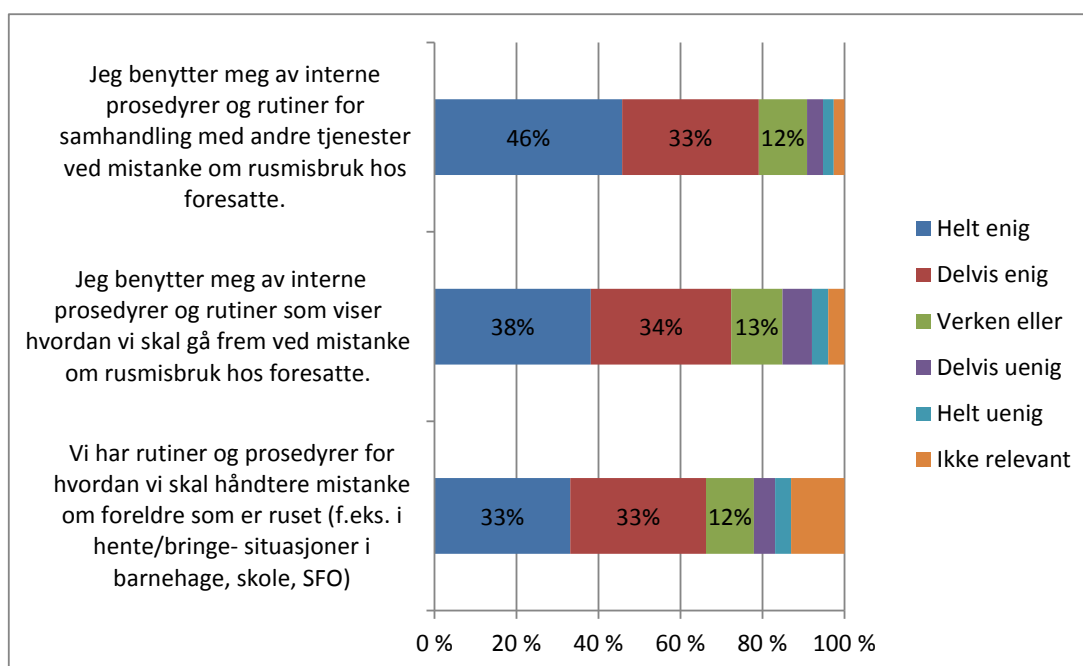
---

<sup>14</sup> Liermodellen: <http://www.lier.kommune.no/upload/Helse/LIERMODELLEN%20-%20kortversjon.pdf>

Vi stilte også spørsmål om: *Er det utviklet rutiner for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid når det gjelder oppfølging av barn og foreldre der det foreligger et bekymringsfullt rusmiddelbruk eller der det er mistanke om dette?*

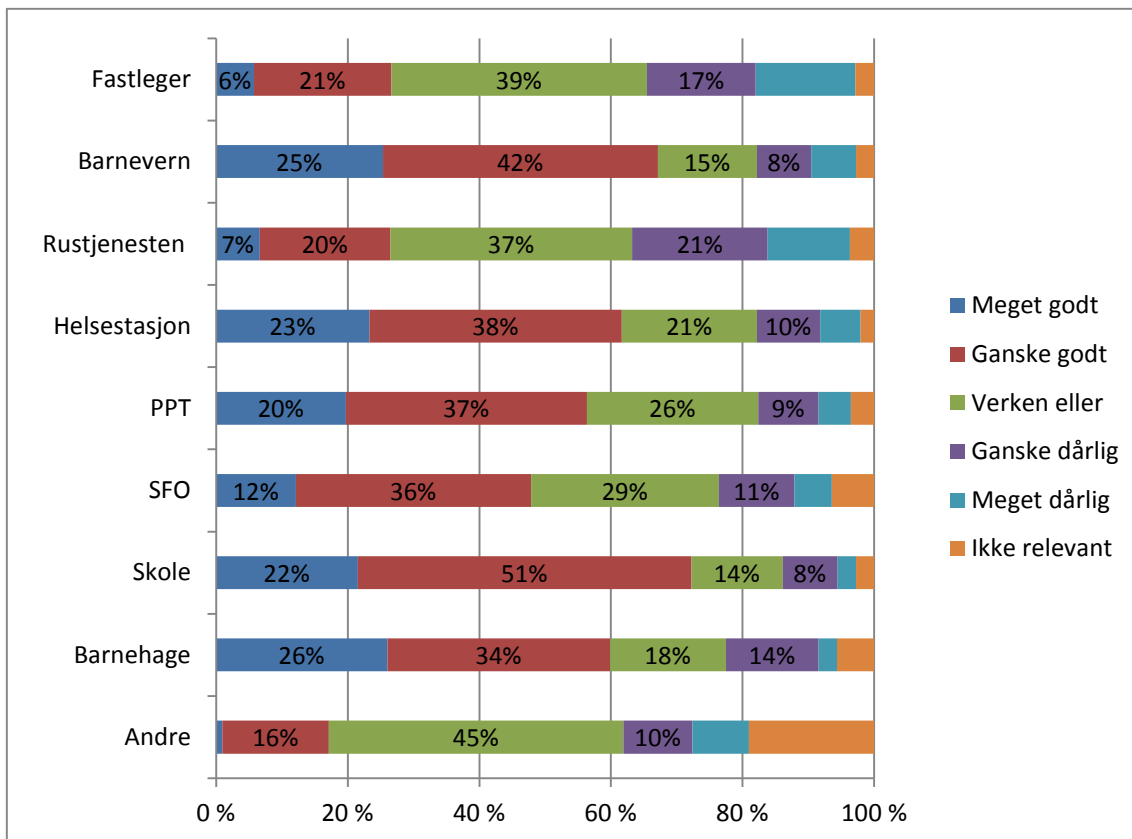
Dataene fra case-kommunene viser så langt at det først og fremst er barnverntjenesten som følger opp saker der det er avdekket et bekymringsfullt rusmiddelbruk. I ressursgruppene er kommunal rustjeneste i liten grad direkte involvert, men det henvises til denne når det gjelder oppfølging av voksne med rusproblemer. Det er derfor et spørsmål om denne tjenesten i større grad bør involveres i arbeidet enn hva som ser ut til å være tilfelle nå. Unntaket er en casekommune, der kommunal rustjeneste har en sentral rolle i ressursgruppa/leder denne.

Ser vi så på hva spørreundersøkelsen viser oss, finner vi følgende respons på en rekke påstander vi fremsatte om samarbeid:



Figur 5.13 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om interne rutiner og prosedyrer. Alle respondenter. I prosent.

Vi ser her at en overbevisende andel av respondentene rapporterer om at det eksisterer rutiner for fremgangsmåter knyttet til oppfølging av saker der det er mistanke om rusproblematikk blant foresatte. Våre kvalitative data viser også at det er utviklet rutiner, men at det er en noe skjørere rapportering på om de faktisk følges, det vil si om praksis er i tråd med det som foreligger av strukturer for håndtering og oppfølging av slike saker. Som ledd i å identifisere hvilken kunnskap respondentene har om andre etater, der vi kan forvente et vist nivå av eksplisitt kunnskap dersom det foregår et utstrakt samarbeid på tvers, spurte vi om følgende: *I hvilken grad kjenner du til følgende tjenesters lovverk, rutiner og arbeidsmetoder knyttet til barn du er bekymret for?*



Figur 5.14 Kjennskap til andre tjenesters lovverk, rutiner og arbeidsmetode. Alle respondenter. I prosent.

Vi ser at fastleger og rustjenesten er de tjenestene som det er lavest kunnskap om. Det er et svært interessant funn og kan tyde på at oppvekstfeltet, som respondentene kommer fra, i liten grad har kjennskap til tjenester som er i kontakt med foresatte. Vårt kvalitative materiale gir også en pekepinn på dette gjennom at det i liten grad er utviklet samarbeidsstrukturer mellom oppvekstrelaterte tjenester og tjenester som har primærkontaktflaten mot voksne, som for eks. NAV, fastleger og rustjenesten. Et eksempel på en etablert struktur på området, er en av våre case-kommuner som har satt et slikt samarbeid i system i forhold til barn og familier som bekymrer. Her er det etablert et familiehus som blant annet både har et faglig og et koordinerende oppdrag.

Ser vi så nærmere på opplevelsen av samarbeid, fremgår følgende av spørreundersøkelsen: *Hvor godt eller dårlig opplever du at samarbeidet med følgende tjenester er?*

Tabell 5.16 Hvor godt eller dårlig opplever du samarbeidet med følgende tjenester. Fordelt på de ulike tjenesteområdene. Prosentskåre 0-100 %.

	Skole/SFO	Barnehage	Barnevern	Helsestasjon	PPT	Andre
Barnehage	62,5	x	78,0	67,1	83,4	68,3
Skole	x	69,3	68,8	76,5	84,8	67,1
SFO	68,5	56,3	56,7	61,7	58,9	56,3
PPT	72,0	72,2	74,9	67,7	x	65,7
Helsestasjon	71,3	75,0	78,2	x	80,4	78,6
Rustjenesten	46,3	59,1	64,1	59,2	40,4	60,0
Barnevern	61,4	71,3	x	67,1	78,2	81,3
Fastleger	48,7	48,9	50,0	48,8	45,3	55,9
Andre	50,1	48,4	52,3	55,6	39,3	65,6
N	18-42	15-27	11-16	9-20	7-23	10-17

Vi ser at respondentene gjennomgående rapporterer om middels eller godt samarbeid (skåre på over 50% og høyere). Våre kvalitative data understøtter dette innen området barnehage, barnverntjenesten og helsestasjonen, men at det er noe mer varierende knyttet til samarbeid mellom kommunale tjenester og fastleger og NAV. Etter vårt syn er dette et forbedringsområde.

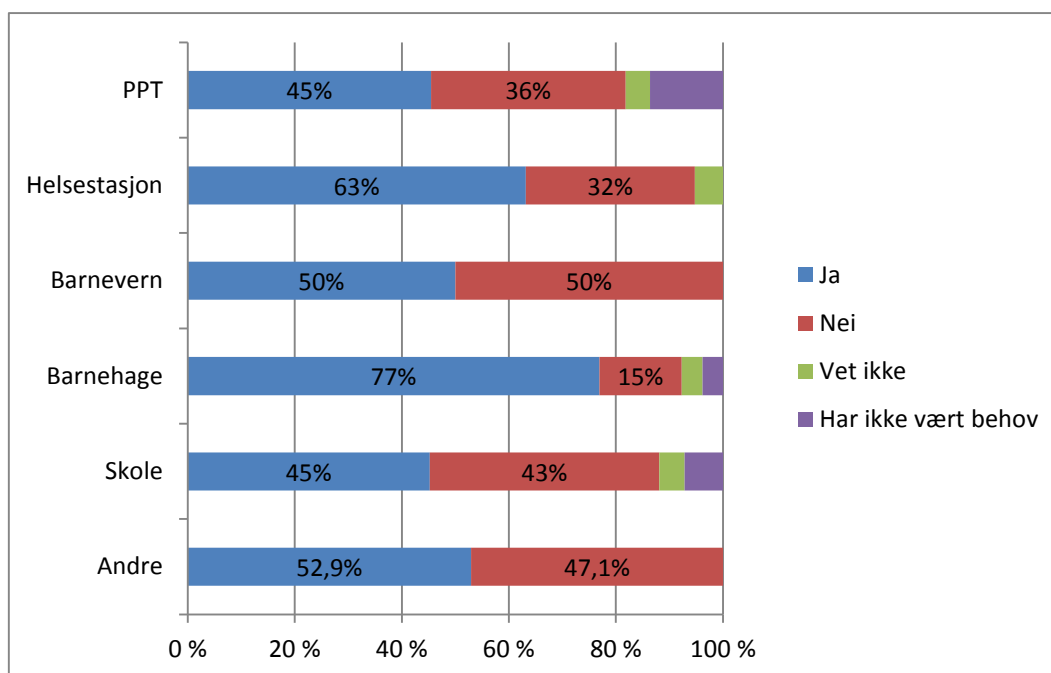
I arbeidet med å identifisere både spredning og fokus på samarbeid mellom tjenester, spurte vi om følgende i spørreundersøkelsen: *Har du fått intern opplæring i samarbeidsrutiner mellom tjenester du samarbeider med omkring barn som bekymrer og der det er rusrelaterte problemstillinger?*

Tabell 5.17 Har du fått intern opplæring i samarbeidsrutiner mellom tjenester du samarbeider med omkring Barn som bekymrer og der det er rusrelaterte problemstillinger. Alle respondenter. I prosent.

	I prosent
Ja	55,0
Nei	36,4
Vet ikke	3,6
Har ikke vært behov	5,0
N	140

Selv om over halvparten svarer at de har fått slik opplæring, er den en noe overraskende andel av respondentene som svarer at de ikke har fått slik opplæring. Ser vi nærmere på hvordan det fordeles seg på tjenester, finner vi følgende:





Figur 5.15 Har du fått intern opplæring i samarbeidsrutiner mellom tjenester du samarbeider med omkring Barn som bekymrer og der det er rusrelaterte problemstillinger. Fordelt på de ulike tjenesteområdene. I prosent.

Tallene samsvarer nokså godt med våre kvalitative data. I dette ligger at vi også her finner at det i minst grad har vært gjennomført systematisk spredning av kursmateriell og intern opplæring i skolene, og til dels også i barnverntjenesten og PPT. Igjen er det primært helsestasjonene og barnehagene som skårer godt. Det faktum at barnevernet også her skårer 50/50, er også i tråd med våre kvalitative data som viser at barnevernet enten er tungt inne eller kun mer perifert tilstede.

Som ledd i utforskningen av hva som faktisk skjer i praksis, fremsatte vi en rekke påstander som vi ba respondentene om å svare på innenfor gitte kategorier: *Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om den tjenesten du jobber i?*

Tabell 5.18 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om tjenesten du jobber i. Alle respondenter. I prosent

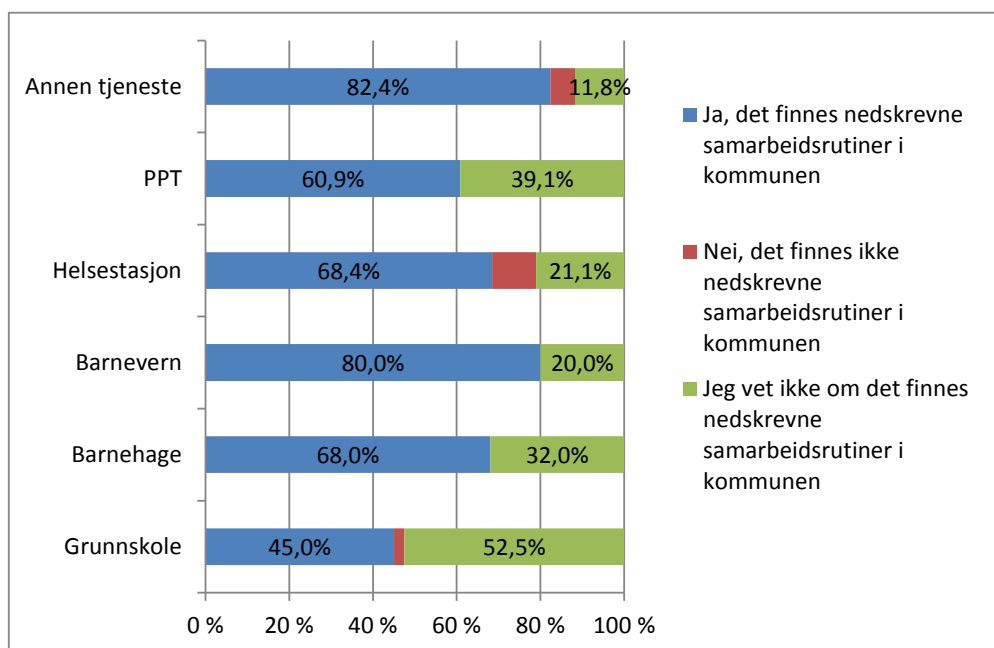
	Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig	Ikke relevant
Vi sørger alltid for å etablere et tverrfaglig samarbeid slik at barn som har behov for det, får en langsiktig oppfølging.	29,1	42,4	21,2	3,3	1,3	2,6
Jeg benytter meg av interne prosedyrer og rutiner som viser hvordan vi skal gå frem ved mistanke om rusmisbruk hos foresatte.	38,2	34,2	12,5	7,2	3,9	3,9

For ytterligere å utforske samarbeidet mellom tjenestene som står sentralt i Barn i rusfamilier, spurte vi om følgende: *Er du kjent med om det er utarbeidet samarbeidsrutiner mellom tjenester du samarbeider med omkring barn som bekymrer og der det er rusrelaterte problemstillinger?*

Tabell 5.19 Er du kjent med om det er utarbeidet samarbeidsrutiner mellom tjenester du samarbeider med omkring barn som bekymrer og der det er rusrelaterte problemstillinger. Alle respondenter. I prosent.

	I prosent
Ja, det finnes nedskrevne samarbeidsrutiner i kommunen	63,3
Nei, det finnes ikke nedskrevne samarbeidsrutiner i kommunen	2,9
Jeg vet ikke om det finnes nedskrevne samarbeidsrutiner i kommunen	33,8
N	139

Fordelt på tjenesteområdene:



Figur 5.16 Er du kjent med om det er utarbeidet samarbeidsrutiner mellom tjenester du samarbeider med omkring barn som bekymrer og der det er rusrelaterte problemstillinger. Fordelt på tjenesteområdene.

Et klart flertall av respondentene kjenner til slike rutiner, men vi ser også at det er mange som ikke vet om det finnes samarbeidsrutiner. Igjen er det først og fremst skole og PPT som rapporterer om manglende kjennskap, hvilket er i tråd med våre kvalitative data. Mer overraskende er det at 20% av respondentene i barnverntjenesten også rapporterer om manglende kjennskap til samarbeidsrutiner. Våre kvalitative data gir ikke direkte støtte til dette funnet, men informantene er gjennomgående tydelige på at det er en utfordring å holde løpende fokus på samarbeidsrutiner på tvers av virksomheter, også for barnverntjenesten.

### 5.5.3 Kortfattet sammenfatning

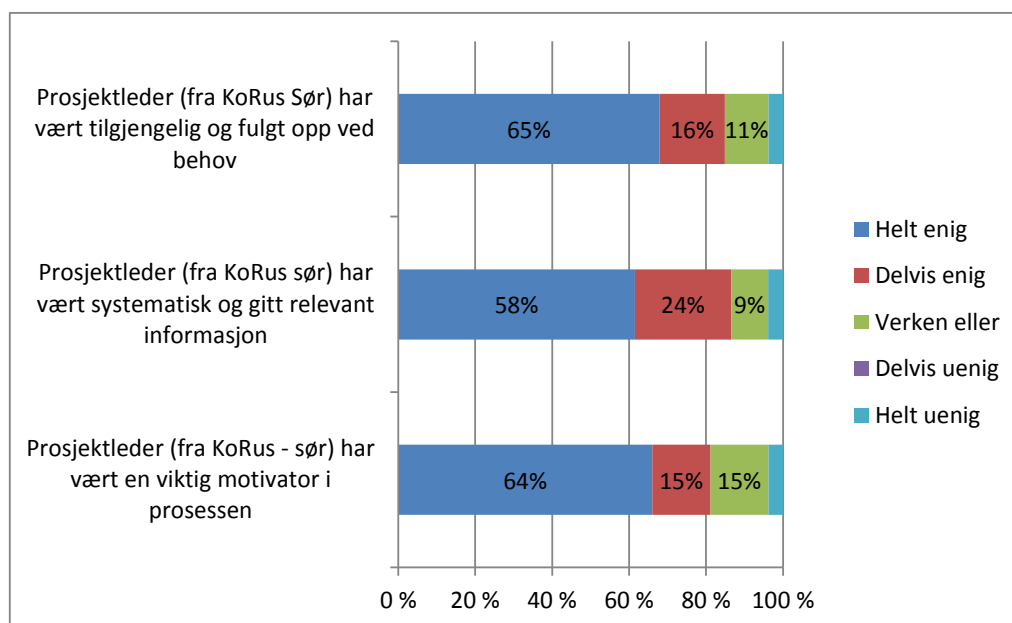
Samlet viser materialet at det er en tydelig bedring i samarbeid og samhandling mellom aktuelle virksomheter. Materialet viser imidlertid også at dette er nokså skjørt og avhengig av engasjerte medarbeidere. Vi kan kanskje si at arbeidet i kommunen er ildsjelpreget, men ikke direkte ildsjeldrevet. Det ser likevel ut til at samarbeidet mellom helse, barnevern og barnehage er styrket av satsingen og at det her også er utviklet tydeligere rutiner og prosedyrer for dette virksomhetstriangellet. Skolen er, ikke uventet, mer perifer. Tilsvarende finner vi for PPT og også for SFO. Vi kommer nærmere tilbake til dette i samleoppsummeringen.

## 5.6 Gjennomføringen

I denne delen tar vi for oss gjennomføring av seminarer, ressursgruppens virksomhet og KoRus-Sør sin rolle.

### 5.6.1 Seminarene

Som tidligere vist er seminarer som ledd i kunnskapsheving og utvikling av felles kunnskapsplattform på tvers av virksomhetsgrenser, en viktig del av Barn i rusfamiliers innsats. Under seminarerne er det også satt av tid til kommunevise nettverkssamlinger, herunder konsolidering av ressursgrupper, samt at det er lagt vekt på praktisk trening i «den nødvendige samtalen». Vi har studert deltagerkommunenes vurdering av KoRus-Sør sin innsats i programmet, og fremsatte enkelte påstander i spørreundersøkelsen. Vi fikk følgende respons:



Figur 5.17 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om ressursgruppen. Til alle som har deltatt i ressursgruppen. I prosent.

Som vi ser er det kun 52 respondenter som har svart, og disse representerer ressursgruppedlemmer. Dette er respondenter som har hatt førstekontakten med KoRus-Sør og slik sett er disse respondentene de mest interessante i forhold til hva vi etterspør.

Tabellen viser at 3,6% av respondentgruppa som utgjør 2-3 personer, er helt uenig i alle påstandene. Det er grunn til å anta at det er de samme respondentene som går igjen. Vi ser også at det er en viss andel som er delvis enige i påstandene eller er delt (verken-eller). Men majoriteten er helt enige.

Vårt kvalitative materiale er helt i overensstemmelse med spørredataene. Det er stor tilfredshet med gjennomføring og oppfølging:

*«Noe av det ypperste av opplæring, Ekstremt ryddig. Personene er ufattelig positive og imøtekommende. Intet rot. Bare system.»*

*«Veldig positivt, de lyttet og hørte på oss, vi ble trygge og kunne gå i gang.»*

Våre data levner liten tvil om at KoRus-Sør oppfattes å være svært dyktige. Prosjektleder ved KoRus-Sør evner også å justere og endre programinnhold, form og nedslagsfelt ettersom dette er påkrevd:

*«Ikke tredd noe over hodet på oss, det er tilpasset oss, lokale variasjoner.»*

I de åpne spørsmålene i undersøkelsen, finner vi blant annet følgende utsagn:

*«Synes prosjektleder har fulgt opp på en god måte, og vært en god samarbeidspartner for kommunen.»*

Vi spurte også om råd, der vi fikk følgende råd som er representativt for hovedinntrykket:

*«Hele prosjektet burde vært forankret i ledelsen overordnet i kommunen. Samt konkrete forpliktelser på kommunal oppfølging av prosjektet i egen kommune.»*

Noen råd omhandler også å bruke lokale erfaringer ennå mer, samt at barneverntjenestens kompetanse i større grad må verdsettes.

Gjennomgående rapporterer både respondentene og informantene om stor tilfredshet med KoRus-Sør sin prosjektledelse. Det er først og fremst implementeringen og videreføring i egen kommune som synes å være utfordringen og ikke selve kursopplegget.

*«Vår kommune har dessverre ikke fulgt opp den gode intensjonen etter opplæringen. Årsaken til dette er helt sikkert sammensatt og svaret vil variere fra de ulike som besvarer det. Prosjektleder har gjort iherdige forsøk på motivasjon, men har nok ikke alltid truffet rett person til å drive prosjektet videre. Kommune er nå i startgroppen med ny ruspolitisk handlingsplan og det er å håpe at opplæringen vil gjenspeiles i dette planverket.»*

Når KoRus-Sør så behov for denne evalueringen, kan dette sees som et ledd i nettopp søken etter å bli stadig bedre på navigering i et omfattende og komplekst felt.

## 5.6.2 Ressursgruppen som implementeringsverktøy

Et gjennomgående inntrykk er at ressursgruppene i Barn i rusfamilier har fungert som en døråpner for et bedre samarbeid mellom de aktuelle tjenestene. Generelt opplever også ressursgruppedlemmer selv at deltakelsen i ressursgruppene har vært svært fruktbart.

Det ser ut til at skolene opplever seg noe mer perifere, men at dette ikke har sammenheng med ressursgruppen som sådan, men mer med det mandatet det aktuelle ressursgruppedlemmet har med seg inn i gruppen. Det er svært varierende hvor tungt skole og PPT er involvert. Dette kan både forklares med hvordan de aktuelle virksomheter anser som sine primæroppgaver, samt med hvilken kultur og tradisjon de har for samarbeid på tvers.

Ressursgruppen er i utgangspunktet selvstyrte. Det betyr at dagsorden fastsettes av gruppen selv. I alle case-kommunene har det vært en fast leder av ressursgruppen som også er ansvarlig for koordinering og møteledelse. Denne personen fungerer også som bindeledd mellom KoRus-Sør og kommunen. Det ser også ut til at denne personen har hatt den mest aktive rollen internt, det vil si ut mot politikere der det har vært aktuelt, presse, ledelse og andre etater. De ulike ressursgruppekoordinatorer har utviklet sin rolle nokså ulikt; fra tydelige innslag av styring til en mer koordinerende profil. Forskningen har ikke studert hvordan rolleutøvelsen påvirker gjennomføringen og måloppnåelse.

Prosjektlederen fra KoRus-Sør har ikke gått inn med styring av verken møtetider eller møtestruktur og deltar ikke på alle møtene, men spiller likevel en viktig rolle som ekspertkommentator eller mentor både gjennom sin halvårige møtedeltagelse, men ikke minst gjennom løpende telefon- og e-mailkontakt med deltagerkommunene.

I arbeidet med å identifisere om ressursgruppen er kjent for ansatte i tjenestene, som vi antar kan være et uttrykk for en viss spredning, stilte vi følgende spørsmål i spørreundersøkelsen: *Vet du hvem som har sittet i ressursgruppen i kommunens arbeid med «Barn i rusfamilier - tidlig intervensjon» (svar ja dersom du kjenner til minst én person)?*

Tabell 5.20 Kjennskap til hvem som har sittet i ressursgruppen i kommunens arbeid med BIR. Alle respondenter.

	I prosent
Ja	88,1
Nei	11,9
N	134

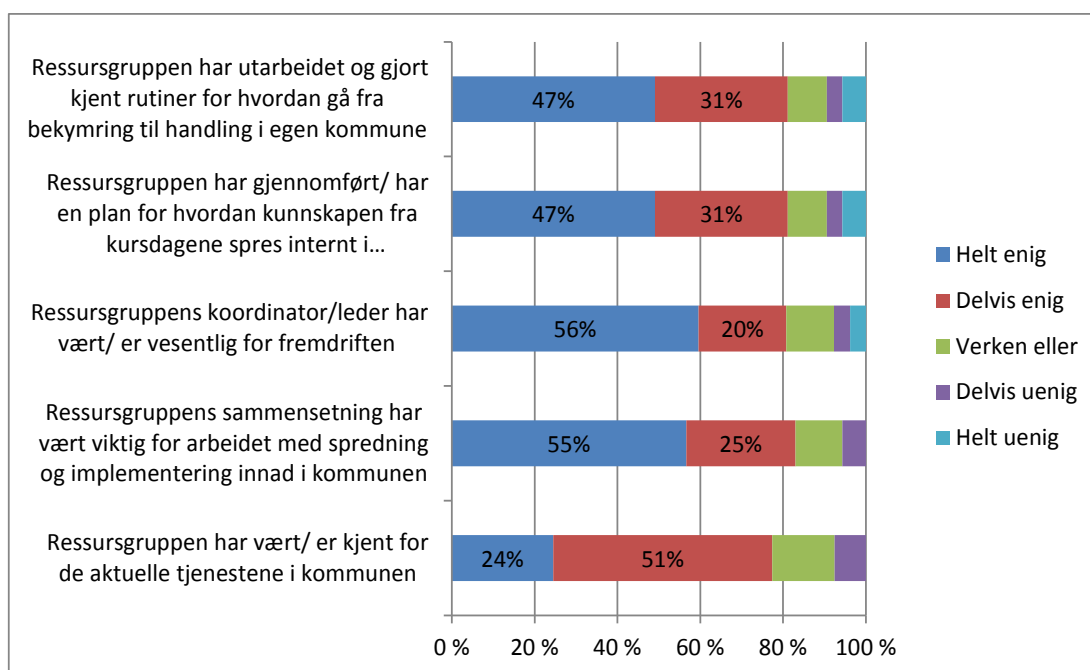
Vi ser at majoriteten av respondentene kjenner til minst en person i ressursgruppa. Tatt i betraktning hvilken respondentgruppe vi har, som i hovedsak er kursdeltagere, herunder ressursgruppedlemmer, er dette som forventet. Etter vårt syn viser det derfor i liten grad spredning ellers i kommunen. Vi ser også at tabellen under viser at det er barnehagene, helsestasjonen og barnevern som skårer høyest, heller ikke det uventet.

Fordelt på tjenesteområdene:

Tabell 5.21 Kjennskap til hvem som har sittet i ressursgruppen i kommunens arbeid med BIR. Fordelt på de ulike tjenesteområdene. I prosent.

	Skole/SFO	Barnehage	Barnevern	Helsestasjon	PPT	Andre
Ja	74,4	100,0	93,3	100,0	77,3	100,0
Nei	25,6	0,0	6,7	0,0	22,7	0,0
N	39	25	15	17	22	16

Ser vi nærmere på data fra spørreundersøkelsen finner vi følgende på en rekke påstander om ressursgruppa: *Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om ressursgruppen i «Barn i rusfamilier - tidlig intervensjon»?*



Figur 5.18 Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om ressursgruppen. Til alle som har deltatt i ressursgruppen. I prosent.

Vis ser at det er en gjennomgående tilfredshet med ressursgruppens arbeid. Noen råd til forbedring finner vi imidlertid i de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen, der vi nettopp etterspurte råd:

*«Snakke mer om det med alle.»*

*«Plakater rundt forbi i kommunen. Eget tipshefte til de av oss som jobber med barn til daglig.»*

«De har gjort en god jobb, særlig ved å bevisstgjøre barnehagene, som strever med å sende bekymringsmelding til barnevern/samtale med foreldre. På skolene derimot kunne man ha satt inn et «større støt», både overfor pedagogisk personal og SFO/assistenter (ikke bare kompetanseheving av sosiallærer og spes.ped.koordinator).»

Som ledd i å identifisere respondentenes kjennskap til ressursgruppen, spurte vi om følgende: *Vet du hvem som har vært koordinator for «Barn i rusfamilier – tidlig intervensjon» i kommunen?*

Tabell 5.22 Kjennskap til hvem som har vært koordinator for BIR i kommunen. Alle respondenter.

	I prosent
Ja	77,5
Nei	22,5
N	138

Vi ser her at en betydelig andel vet dette, men at det er noe overraskende høy andel som ikke kjenner til hvem som har vært koordinator. Ser vi hvordan dette fordeler seg på tjenesteområder, finner vi følgende:

Tabell 5.23 Kjennskap til hvem som har vært koordinator for BIR i kommunen. Fordelt på de ulike tjenesteområdene. I prosent.

	Skole/SFO	Barnehage	Barnevern	Helsestasjon	PPT	Andre
Ja	65,9	92,0	86,7	83,3	65,2	87,5
Nei	34,1	8,0	13,3	16,7	34,8	12,5
Total	41	25	15	18	23	16

Vi finner her at det først og fremst er skole og PPT som ikke kjenner til hvem som har vært koordinator, hvilket samsvarer med vårt hovedinntrykk når det gjelder skole og PPTs medvirkning i arbeidet generelt.

For ytterligere å identifisere om ressursgruppens synlighet, så vi på hvordan kjennskap til gruppens koordinator fordelte seg blant deltagere og ikke-deltagere:

Tabell 5.24 Kjennskap til hvem som har vært koordinator for BIR i kommunen. Fordelt på deltakelse/ikke deltakelse i ekstern undervisning og ressursgruppe. I prosent.

	Ikke deltatt	Deltatt
Ja	56,1	92,6
Nei	43,9	7,4
N	57	81

Vi ser her at en langt høyere andel av de som har deltatt, kjenner til ressursgruppens koordinator. Dette er ikke overraskende i seg selv, men det er noe overraskende at andelen blant ikke-deltagere er så vidt lav. Dette kan tyde på at ressursgruppen har en utfordring i å være mer synlige i kommunene. I sin tur vil det kunne ha betydning for spredningen.

Et annet funn som fremkommer tydelig i vårt kvalitative materiale, er at ressursgruppene har utfordringer med å finne tid til og samles. Dette gjelder både store og små kommuner. Oppfølgingen av ressursgruppene og arbeidet etter avsluttet kursprogram, ser også ut til å være en utfordring.

### 5.6.3 Kortfattet sammenfatning

Våre data viser at det er tilfredshet med ressursgruppens arbeid blant de som kjenner til ressursgruppen. Dette er primært kursdeltagerne. Fordi ressursgruppen og kursdeltagere representerer flere virksomheter, er arbeidet også nokså godt kjent på tvers. Men vi finner også at det er en «innvidd krets» som først og fremst er opplyst om prosjektet. Dette er ikke et ukjent fenomen i prosjektarbeid. Men i lys av Barn i rusfamiliers målsetting, kan dette likevel representere en utfordring. Betraktninger om hvordan spredning og derved også implementering kan sikres bedre, skal vi ta for oss i det videre.

## 5.7 Oppsummering og betraktninger

---

### 5.7.1 Finner vi spredning og i så fall hvordan arter den seg?

I satsingen Barn i rusfamilier har, i perioden vi har studert, barnehager, skoler, barnverntjenesten, helsestasjonen og PPT vært hovedmålgruppe for kursprogrammet og for den etterfølgende interne spredning av kompetanseplattformen og utvikling av samhandlings- og samarbeidsstrukturer som er tuftet på denne kunnskapen.

Det samlede datamaterialet etterlater et tydelig inntrykk av at innsatsen har økt bevisstheten om temaet barn i rusfamilier, opplagt nok. Både kvalitative og kvantitative data viser også at deltagerkommunene enten har påbegynt eller utviklet virksomhetsinterne rutiner og prosedyrer på området. Alle case-kommuner har også arenaer der sektorovergrepene saker kan drøftes.

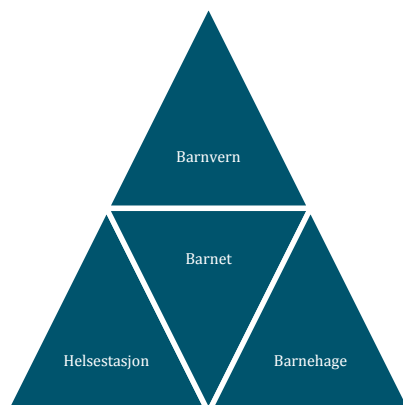
Imidlertid er det noe vanskeligere å få øye på hvorvidt strukturer som er utviklet eller videreutviklet som følge av satsingen i kommunene, blir benyttet. Når vi dykker ned i faktisk praksis, slik vi har gjort gjennom innsamling av kvalitative data, finner vi som vist at det råder uklarheter om både interne prosesser og om samarbeidsstrukturer på tvers av virksomhetsgenser. Vi er også noe spørrende til hvor omfattende spredning vi finner, men det er en rekke eksempler fra casekommunene på spredningsaktiviteter som vi kan anta er virksomme veier i arbeidet med å nå ut til alle berørte fagutøvere. For eksempel ser vi i alle case-kommunene at det enten er gjennomført noe eller omfattende internopplæring der KoRus-Sør sitt materiell er benyttet, noe som også kommer til uttrykk i spørreundersøkelsen. Dette vil bidra til å øke sjansene for en bred og omforent kompetanseplattform innen området Barn i rusfamilier.

Datamaterialet viser også at barnehage, barnverntjenesten og helsetjenesten er godt representert og engasjert. Ressursgruppedlemmer fra skolene er også svært fremoverlent, men det kvalitative materialet viser at de har utfordringer med å kople på skolen som system. Vi finner spennende strategiske grep som søker å innlemme skolene, men det er en utfordring knyttet til skolens mange ansatte, elever og oppgaver.



## 5.7.2 Fra kurs til samarbeid: Virker det?

Materialet fra casekommunene viser at især barnehage, barnverntjenesten og helsetjenesten er godt representert og engasjert. Disse tre virksomhetene utgjør i alle case-kommunene det vi kan betegne som en grunnstruktur og etter alt og dømme et suksesstriangel:



Figur 5.19 Suksesstriangelet

Ressursgruppemedlemmer fra skolene har som nevnt over utfordringer med å kople på skolen som system. Vi spør oss derfor om Kompetansesenteret bør vurdere om skolenes posisjon i satsingen skal være av en annen karakter? Denne problematikken har også prosjektleder for KoRus-Sør selv målbåret, så skolens rolle er under revurdering. Det som er noe mer merkelig, er fraværet av PPT. Så langt har vi ikke kommet i direkte inngrep med PPT ved at de ikke har deltatt i ressursgruppemøter der fokusgruppeintervjuer har vært gjennomført. Dataene viser at PPT også i liten grad har medvirket i satsingen som sådan. Det er vanskelig å identifisere forklaringer på dette. Vi etterlyser også en tydeligere begrunnelse for hva det er som gjør at kommunal rustjeneste ikke er en del av målgruppen for satsingen. Det kan selvsagt ha sammenheng med at de i liten grad er på arenaer der små barn er bekymringsaktøren (Barn i rusfamilier tar utgangspunkt i barn som bekymrer), men det er først og fremst den kommunale rustjenesten som har kompetanse på rusrelaterte spørsmål. Vi kommer tilbake til dette i punktet om utfordringer.

## 5.7.3 Og hva med implementeringen og videre oppfølging – varer det?

Et betydelig tema i Barn i rusfamilier, som i prosjekter for øvrig, er å gå fra prosjekt til å bli en del av virksomhetens daglige virke. Implementering har casekommunene identifisert som en sentral utfordring i sitt arbeid. For å sikre implementering, er det nødvendig med solid forankring. Casekommunene rapporterer om ulik grad av opplevd implementering. Især småkommunene i vårt materiale ser ut til å ha noe større utfordringer med dette enn de noe større kommunene, hvilket kan ha sammenheng med at de er mer avhengige av leddene over seg som bl.a. kan forklares med myndighetsstrukturer i kommunene. I større kommuner ser det ut til at mer myndighet er lagt til virksomhetsledernivået og fagledernivåer. Det kan muligens være hensiktsmessig av KoRus-Sør å se på inngangen til deltagelse, det vil si om det bør være noe mer forarbeid knyttet til forankring enn alene en underskrift i en samarbeidsavtale fra en leder på høyere nivå. Praxis på undersøkelsestidspunktet er, som tidligere vist, at ledere deltar under oppstartsmøte i den enkelte kommune. Den og de lederne som er på møtet får informasjon om programmet og de får igjennom samarbeidsavtalen. Det snakkes om hvordan dette forplikter kommunen. I noen tilfeller blir samarbeidsavtalen tatt frem igjen etter en tid. Dette gjelder i de tilfeller der KoRus-Sør ser at arbeidet i

kommunen går langsomt og/eller at ressursgruppen strever med å få rom til å oppfylle avtalen. KoRus-Sør har i løpet av evalueringsperioden blitt mer tydelig/detaljert på kommunens forpliktelser og vil fokusere på dette området ytterligere. Prosjektleder for KoRus-Sør er selvsagt derfor ikke ukjent med denne problemstillingen og har lagt inn kunnskap om implementeringsutfordringer og eksempler på fremgangsmåter som en del av kursprogrammet. Vi tror det er mye å hente på at KoRus-Sør i ennå større grad tilfører kommunene kompetanse på implementeringsstrategier, og kanskje også legger opp til en ledersamling for kommunene på dette området. Antagelig vil det være av interesse for ledere utover målgruppen av deltagere.

#### 5.7.4 Tid

Det er et gjennomgående tema i alle case-kommunene og følgekommunen at det er vanskelig å finne tid til møter, samarbeid og samhandling. Dette er svært interessant ettersom kjernen i satsingen dreier seg nettopp om å identifisere og etablere smarte strukturer for det faglige arbeidet som skal øke treffsikkerheten ut mot målgruppen. Vi kan anta at en virkning av dette vil være at tidsbruken reduseres. Tid som begrunnelse for manglende deltagelse og/eller utfordringer med å holde fokus på blant annet dette og andre prosjekter, er derfor et paradoks. Casekommunene i Barn i rusfamilier skiller seg på ingen måte ut fra det inntrykket vi har fra en rekke andre kommuneprojekter vi har vært eller er involvert i. Tid er et gjennomgående problemtema. Vår vurdering er at den oppfatning som råder om at man alltid har dårlig tid, hemmer utviklingen av bedre ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestene. Det er så å si etablert «en kultur for dårlig tid». Vi mener også at oppfatningen om dårlig tid ikke alene kan knyttes til omfanget av oppgaver som skal utføres. Vi vurderer det slik at det er nettopp mangel på smarte og smidige strukturer for oppgaveløsning, som er en utfordring. I så måte er Barn i rusfamilier interessant også som modellforsøk knyttet til dimensjonen tid mer generelt. Hvordan komme ut av denne selvforsterkende kulturen? Vi har ikke data som kan belyse dette, men vil fremholde det som en av flere viktige perspektiver.

### 5.8 Oppsummerende refleksjon: Barn i rusfamilier – et laboratorium for ny profesjonell og organisatorisk praksis?

---

Som vi har sett, er eksplisitt kunnskap (know-what) faktabasert, og kodes enten i form av lærebøker, foredrag, manualer eller instruksjoner. I innsatsen Barn i rusfamilier er denne kunnskapen formidlet gjennom seminarene og i handlingsveilederen. Våre data levner liten tvil om at både ressursgruppa og øvrige kursdeltagere har hatt betydelig utbytte av kursdeltagelse. Spørreundersøkelsen, casestudiene og følgedataene viser en samstemt tilfredshet med kunnskapstilførselen. Dette viser også den interne evalueringen som KoRus-Sørs prosjektleder for området, gjennomfører etter kursdagene. Den eksplisitte kunnskapen på området som innsatsen Barn i rusfamilier fokuserer på, ser derved ut til å være svært god.

Når vi ser nærmere på våre data finner vi at både kursdeltagere, ressursgruppemedlemmer, ansatte som har deltatt på internopplæring og ansatte som ikke har deltatt på noen deler av opplæringen, rapporterer om utstrakt eksplisitt kunnskap innenfor områdene vi etterspør. Når vi finner at også respondenter i spørreundersøkelsen rapporterer om relativt høy trygghet i yrkesrollen og god kunnskap på områder vi etterspør, respondenter som ikke har deltatt på kurs, viser dette blant annet at fagutøvere har tilegnet seg relevant kunnskap på definerte kjerneområder. Alle tjenestene som deltar i innsatsen Barn i rusfamilier har et definert mandat i forhold til barn og unge. Vi kan derfor forvente at det er en viss eksplisitt kunnskap tilstede forut for deltagelse i opplæringspro-

grammet. I tillegg foregår det en utstrakt kursdeltagelse generelt blant kunnskapsansatte. Dette er både rettet mot profesjonell praksis, det vi si der profesjonsgrupper så å si sørger for sine egne gjennomløpende oppdatering på fagfronten. I tillegg er det kommunenes egne innsatser og internskolering. Vi finner altså et mangfold av kilder til eksplisitt kunnskap.

Vi finner samtidig i vårt materiale, at kunnskapsnivået varierer mellom tjenestene. For eksempel rapporterer barneverntjenesten oftere om tilfredshet knyttet til juridiske temaer og om trygghet i samtaler. Dette er ikke uventet, tatt i betraktning at denne tjenesten har et tydelig mandat der det er påkrevd at tjenesten innehar høy eksplisitt og implisitt kunnskap innen disse fagområder. De ulike virksomheter som Barn i rusfamilier retter seg mot har derved gjennom sine respektive mandater, ulike kunnskapsbehov. I dette landskapet skal KoRus-Sør bidra til å etablere en felles kunnskapsplattform innen området Barn i rusfamilier. Gjennom å tilby kursprogrammer og oppfølging, skal de bidra til å rigge flerfaglige strukturer på kommunenivå gjennom ressursgruppedannelser og også gi navigeringsstøtte ved løpende prosjektoppfølgning,

KoRus-Sør ønsker gjennom innsatsen Barn i Rusfamilier at en hel rekke av ulike eksplisitte kunnskapsfronter skal søke en felles plattform av eksplisitt kunnskap. Ideen er at dette fellesskapet av eksplisitt kunnskap vil øke ikke bare sannsynligheten, men også muligheten, for en mer treffsikker fagtjeneste. I dette ligger en oppfatning om at felles, eksplisitt kunnskap på utvalgte områder gir økt sannsynlighet for felles forståelse av temaet som behandles og dermed at også kvaliteten og måloppnåelsen styrkes.

Våre kvalitative data etterlater et tydelig spor av at feltet både deler denne oppfatningen og til dels også har erfart at det fungerer slik. Utfordringen oppstår i det øyeblikket denne eksplisitte kunnskapen skal omsettes praksis, altså faktisk vises som en kompetanse, eller gå fra ord til handling. Vi har sett at implisitt kunnskap (know-how) er den kontekstavhengige kunnskapen som ikke kan kodifiseres. Dette er med andre ord kunnskap som må bygges opp innenfor sin egen spesifikke kontekst. Know-how omtales også som taus kunnskap, noe som innebærer at kunnskapen er praktisk, underforstått, innebygget og/eller automatisert hos de som innehar kunnskapen. I Barn i rusfamilier er dette den praktiske kunnskapen som anvendes under konsultasjoner med brukere, i det lokale informasjonsarbeidet og i den praktiske håndteringen av prosedyrer og rutiner. Vi ser altså at den eksplisitte og implisitte kunnskapen er gjensidig avhengig av hverandre og at denne kunnskapens utøvelse er kontekstavhengig. I dette ligger at kunnskapen, ei heller den eksplisitte, kan utøves i et vakuum eller innen en hvilken som helst kontekst. Rammene man jobber innenfor vil ha betydning for hvordan kunnskapen omsettes til praksis, altså for kompetansen.

Denne veien, som vi kan betegne som «fra kurs til handling», er ulik fra kommune til kommune. Dette fordi kommunenes før-kunnskap er ulik, organiseringen er ulik, antall barneborgere er ulikt og antall som jobber i de ulike tjenestene er forskjellig fra kommune til kommune. Dette fordrer også til dels lokalt tilpassede retningslinjer, hvilket også er en viktig dimensjon som KoRus-Sør arbeider etter. Likefullt ser vi at både KoRus-Sør og Helsedirektoratet har utformet til dels omfattende materiell som delvis er standardisert, men som til dels gir gode muligheter for nettopp lokal tilpasning. Dette materialet er i flere kommuner anvendt i den interne opplæringen som ressursgruppa står ansvarlig for i den enkelte deltagerkommune. Case-kommunene og følgekommunen rapporterer at de har anvendt dette materialet aktivt i sin internopplæring. Men så ser vi samtidig at det er nokså få respondenter i spørreundersøkelsen som rapporterer at de anvender Helsedirektoratets veileder i sin praksis. Dette kan indikere at den enkelte fagutøver er avhengig av en viss «motor» for å hente inn og anvende ny kunnskap.

Kunnskapsbasert praksis har i økende grad fått oppmerksomhet både fra sentrale og regionale myndigheter. Når vi påpeker at begrepet kunnskapsbasert praksis stadig får økende fokus, kan det

innvendes at det er en substansiell motsetning i utsagnet, nettopp fordi begrepet snakker til profesjoner som pr. definisjon skal basere sin praksis på kunnskap og ikke alene på «sunn fornuft». Likefullt finner vi dette begrepet, kunnskapsbasert praksis, i en rekke dokumenter og retningslinjer. Dette kan både være et uttrykk for en slags mistillit til den profesjonelle praksis, en indirekte anklage om at praksisutøvere, når de omsetter den eksplisitte kunnskapen til praktisk handling og tar i bruk implisitt kunnskap og gjennomfører sin praksis, *i for liten grad er opptatt av at summen av dette blir en kunnskapsbasert praksis*. Det interessante er at vi kan også lese dette av våre data. Som vi har vist er det en ikke ubetydelig avstand mellom den tiltro respondentene i spørreundersøkelsen har til sin kunnskap og kompetanse, og de data vi finner i casestudiene og i prosessdataene. Våre kvalitative data, der vi har gått i dybden og søkt å identifisere den faktiske praksis, viser i større grad at det er en utfordring både å sikre en kunnskapsbasert profesjonell praksis, utvikle felles kunnskapsplattform, sikre spredning av dette i relevante tjenester og å omsette dette i faktisk praksis.

Vi støter her på et nokså kjent fenomen i organisasjoner, nemlig det vi kan betegne som mangel på implementeringsstrategi, og kanskje også vilje. Når ny praksis skal etableres, enten den er en justering eller en helt ny tilnærming, er praksisutøverne også avhengig av at organisasjonen absorberer den nye praksisen. Det vil si at det må legges til rette for at det er mulig å ta i bruk den nye kunnskapen. Vi kan kanskje si at det hjelper lite om alle hodene er opplyst, dersom strukturene denne kunnskapen skal produseres i, ikke gir mulighet for en kunnskapsgjennomføring.

I Barn i rusfamilier, er det som sagt liten tvil om at både den eksplisitte og delvis den implisitte kunnskapen er på plass. Men omsettingen av dette har nær sammenheng med om den nye praksis faktisk kan utspille seg. For å sikre dette er det nødvendig både med strukturer som legger til rette for dette, f.eks. gjennom prosedyrer, rutiner, samarbeid internt og mellom virksomheter slik vi har pekt på. Men det er etter vår vurdering også nødvendig med erkjennelse av at området er viktig og at ulike profesjoner ser og erkjenner verdien av det vi kan betegne som *profesjonell infiltrasjon*. I dette ligger at ulike profesjonelle kunnskapsfronter ikke bare skal samarbeide side om side, men dele kunnskap i felles møter og gjennom dette forstå mer og utøve sin praksis på bakgrunn av høyere grad av opplysthet og felles eierskap til den enkelte sak eller en problemstilling. Vår vurdering er at det er nødvendig å ta dette et skritt lengre, og især på oppvekstfeltet som kanskje er det området innen profesjonell praksis som i høyest grad tilsier at vi fjerner profesjonelle særegenheter som faktisk kan fungere som murer og stengsler. Vår vurdering er at om vi skal make å utvikle en smart, virksom og barnerettet praksis, så er det påkrevd at vi også samutvikler en felles profesjonell forståelse av oppgaven og oppdraget, og at organisasjonen der praksis skal utspilles makter å bevege seg i takt med denne til enhver tid påkrevde praksisform. Barn i rusfamilier er i så måte også et eksperiment. Ikke bare insisterer innsatsen på betydningen av felles kunnskapsplattform, men den utfordrer også profesjonelle og organisatoriske grenser. Her skal sentrale aktører innen oppvekstfeltet komponere en praksisform og konstruere en struktur som «snakker» med denne nye praksisformen. Kjernefokus er barn i rusfamilier, rammefokus er barn som bekymrer. I dette ligger at den tilnærmingen som utvikles for å fange opp barn i rusfamilier spesielt, også kan anses som virksomme tilnærminger i møte med barn som bekymrer generelt.

Vi trekker frem disse og andre perspektiver i kapittel 6.

## 5.9 Barn i rusfamilier – Anbefalinger

---

Barn i rusfamilier har som mål å bidra til å utvikle felles kunnskapsplattform, styrke fagutøveres kompetanse og være pådriver for utvikling av samarbeidsstrukturer for området. Den overordne-

de ambisjonen er rettet mot å redusere sjansene for at barn lever under belastende forhold i hjemmet knyttet til foresattes rusbruk. Underveis i vår gjennomgang av datamaterialet, har vi indirekte og direkte fremmet anbefalinger som både bærer preg av å være justeringer, endringer og nye perspektiver inn i det videre arbeidet med Barn i rusfamilier. Vi vil nå fremheve disse og tydeliggjøre våre hovedanbefalinger innen dette prosjektområdet. I den forbindelse påpeker vi at flere av disse punktene er anbefalinger som er utviklet i samråd med KoRus-Sør sin prosjektleder og som hun løpende har innlemmet i sitt arbeid under evalueringsperioden. Vi viser dernest til kapittel 6 der vi redegjør for perspektiver vi anser har både strategisk og praktisk verdi for Barn i rusfamilier så vel som andre prosjekter og satsinger.

Anbefalingene våre er kategorisert i fire grupper: programmets målgruppe, forankring i kommunen, ressursgruppens sammensetning og rolle og videreutvikling av programmet. Våre anbefalinger retter seg i hovedsak mot å sikre spredning og etablering av varige strukturer for systematisk anvendelse av den kunnskap og kompetanse som erverves i kommunene som ledd i deltagelse i Barn i rusfamilier. Det er rundt disse dimensjonene vår evaluering viser at det er nødvendig å sette søkelyset fremover.

### 5.9.1 Programmets målgruppe

- Det kan være hensiktsmessig å vurdere nedslagsfeltet for Barn i rusfamilier. Konkret anser vi at rustjenesten i kommunene bør involveres i sterkere grad. Dette fordi denne tjenesten besitter en kompetanse som bør utnyttes og benyttes i dette arbeidet.
- Det anses som sentralt at grunnskolenes rolle i prosjektet vurderes. Kanskje kan det være lurt å drøfte det med et utvalg kommunale ledere, som kan komme med ideer og innspill? Det bør også vurderes om dette tema bør legges frem for Helsedirektoratet som overordnet sentralt styringsorgan for KoRus-Sør, og som da kan anmodes om å drøfte dette med Utdanningsdirektoratet i samråd med KoRus-Sør.
- Det vurderes som nødvendig å avklare SFOs posisjon i Barn i rusfamilier. Slik det nå fungerer er det tilfeldig hvilke kommuner som velger å trekke inn SFO. Dette kan i og for seg være hensiktsmessig om det er en villet handling fra KoRus-Sør sin side, det vil si om de vurderer det slik at det er ønskelig at kommunene selv vurderer betydningen av SFOs medvirkning. Dette bør KoRus-Sør ta stilling til. Om KoRus-Sør anser det som viktig at SFO medvirker, bør dette fremgå tydelig av invitasjonen til kommunene. I invitasjonen som har gått ut for deltagelse høsten 2013, er denne anbefalingen tatt hensyn til.
- Det vurderes som viktig å få avklart PPTs posisjon i dette feltet mer generelt som grunnlag for å vurdere deres posisjon i denne satsingen spesielt. Når en aktør som anses som sentral i arbeidet, ikke medvirker i særlig grad, kan dette skape unødig frustrasjon og forårsake tidslekkasje. En slik avklaring bør fortrinnsvis skje på overordnet regionalt nivå.

### 5.9.2 Forankring i kommunene

- Det anses som sentralt at KoRus-Sør fortsatt har høy oppmerksomhet på forankring både horisontalt og vertikalt i deltagerkommunene. Dette bør, som nå, fortsatt skje i en tidlig fase.
- Det anses som avgjørende at deltagerkommunene tilbys kunnskap om implementeringsutfordringer, strategier for å overvinne disse og kompetanse i hvordan det kan gjøres. Prosjektleder ved KoRus-Sør har allerede iverksatt kunnskapsfokus på dette og skal øke oppmerksomheten om temaet fremover.

- Det vurderes som viktig at kommunene kopler Barn i rusfamilier på tilstøtende innsatser kommunene er i gang med. Dette kan KoRus-Sør bidra til for eksempel ved at hver enkelt deltagerkommune forventes å gjennomføre en slik kartlegging som ledd i deltagelsen. Denne kartleggingen kan så være en av flere oversikter som deltagerkommunene bygger sitt arbeid på.
- Det vurderes som sentralt at deltagerkommunene også gjennomfører en kartlegging av eksisterende samarbeidsstrukturer, også dette kan anvendes som førkunnskap og grunnlag for innretning av arbeidet i den respektive kommune. Dette vil legge grunnlaget for å redusere faren for parallelle løp og derigjennom tidslekkasje. Det vil trolig også bidra til å redusere frustrasjoner underveis.
- Det anses som viktig at det lederledd som undertegner avtalen om deltagelse, selv også deltar i for eksempel halvårlige gjennomgangsmøter med KoRus-Sør. Dette kan bidra til implementering ved at dette leddet både får informasjon om arbeidet, samt selv kan fremme innspill og forslag til forbedringer.
- Det kan være hensiktsmessig å gjennomføre en politisk rådslaging i kommunene som grunnlag for en viss varighet knyttet til midler og prioritering i kommunen som helhet. Denne rådslagingen kan gjennomføres for eksempel som ledd i at satsingen innlemmes i både strategisk og praktisk planverk.

### 5.9.3 Ressursgruppenes sammensetting og rolle

- Det anses som sentralt at KoRus-Sør også stiller forventninger eller sogar krav til at ressursgruppene arbeider mer inn mot det strategiske nivå i kommunen, for eksempel ved at ett eller flere ressursgruppemedlemmer skal være fra rådmannens stab og/eller fra planleggingsgrupper.
- Det anses som viktig at KoRus-Sør opprettholder strukturen med ressursgrupper, disse er navet i arbeidet. I tilknytning til dette bør det vurderes om KoRus-Sør skal rette ennå skarpere krav til hva arbeidet skal avstedkomme av spredning og varige virkninger. Neste punkt i våre anbefalinger vil kunne bidra til å øke muligheten for dette.

### 5.9.4 Videreføring

- Det anses som avgjørende at KoRus-Sør fører en mild overvåking av arbeidet i deltagerkommunene over tid. Riktignok ligger det ikke i KoRus sitt formelle mandat verken å styre eller overvåke kommunene, men tatt i betraktning at kommunenes deltagelse, at alt materiell er gratis og at dette er et område kommunene har et selvstendig ansvar for, så er det vår vurdering at det også bør være mulig å stille krav til en mild form for overvåking av arbeidet over tid, også etter at opplæringsprogrammet er sluttført. KoRus-Sør sin prosjektleder er for øvrig i gang med å utvikle systemer for dette.
- Det anses som svært sentralt i den videre innsatsen, at brukermedvirkningsfokus innlemmes som en del av kunnskapsprogrammet. Det bør også vurderes om brukernivået bør koples på satsingen. I kapittel 6 redegjør vi for brukermedvirkningsperspektivet
- Det anses som nødvendig at barns rett til medvirkning også innlemmes i kunnskapsprogrammet som ledd i utvikling av kompetanse på området. Vi viser også her til kapittel 6 der dette er omtalt grundigere.
- Det vurderes som et strategisk interessant og viktig grep også å anlegge et borgerfokus i den videre satsingen. I dette ligger at vi vurderer Barn i rusfamilier å være en satsing som

berører den generelle alkoholkultur i samfunnet. KoRus-Sør er allerede inne på dette sporet gjennom at det er utviklet tipsmaterieell for hvordan kommunene kan bruke media og informere lokalsamfunnet om arbeidet. Gjennom å spisse dette fokuset ytterligere, for eksempel ved å innføre et borgerfokus, kan Barn i rusfamiliers status som borgerrelevant tydeliggjøres. Det er grunn til å tro at dette også kan bidra til å fange opp flere barn samt bevisstgjøre foresatte om deres rusbruk. Flere case-kommuner ønsker for øvrig å aktivisere en tydelig profil på dette. Dette skal gjøres, blant annet gjennom å gi tips til hvordan gjennomføre «det gode foreldremøtet». Det er et eget punkt på samlingen med ressursgruppene om hvordan bruke ulike media; «Fortell om det». I 2012 tok prosjektleder dette opp på møter med den enkelte kommune.

- Det bør vurderes om fastleger og kommuneleger bør bli bedre kjent med satsingen og at det legges til rette for deltagelse fra denne gruppen i kursprogrammet i større grad en hva som er tilfelle i dag. Vi kan også se for oss et informasjons- og innspillsmøte mellom ressursgruppen og fastlegene, f.eks. på arenaer som allerede er etablert for fastleger.
- Det bør vurderes om KoRus-Sør i ennå større grad påser at Barn i rusfamilier samordnes med andre regionale satsinger og at dette går tydelig frem i invitasjonen til kommunene. Dette vil antagelig både være av praktisk og symbolsk verdi.
- Det anses som viktig å gi Barn i rusfamilier status som satsing, og ikke prosjekt. Denne rammen samsvarer også i langt bedre grad med ambisjonene, målsettingen og innholdet.
- Det anses som viktig også å vurdere endring av navnet på den videre innsats. Barn i rusfamilier kan oppfattes som en noe stigmatiserende betegnelse. Flere kommuner har «omdøpt» innsatsen, og betegner det ved andre navn. Kanskje er det ideer og inspirasjon å hente herfra? Vi kan også se for oss at satsingen kan gå under en mer overordnet betegnelse, som KoRus-Sørs prosjektleder allerede anvender i økende grad, nemlig «Barn som bekymrer».
- Det anses som smart å fortsette med den kvalitetsmessig gode struktur for kunnskapsformidling og kompetansestyrking som ligger i programstrukturen i dag.
- Det anses som lurt at KoRus-Sør fortsetter sitt strukturerte og systematiske arbeid i møte med kommunene og fortsetter med ei åpen dør og høy tilgjengelighet. Men vi ser også at det kan komme til et punkt der det kan bli problematisk å opprettholde så høy tilgjengelighet som har vært tilfelle i tidsperioden vi har evaluert. Kanskje kan KoRus-Sør for eksempel utvikle og raffinere e-plattformen ytterligere og for eksempel avholde kvartalsvise nettmøter med klynger av deltakerkommuner. Dette er alle tiltak som KoRus-Sør selv også løpende vurderer.

# 6. Hvilken betydning kan og bør denne kunnskapen få?

## 6.1 Utfordringer og virksomme veier

---

Evalueringsforskning er anvendt forskning. Et sentralt mål er å tilbakeføre kunnskap, erfaring og læring og på denne måten få til endring. Vi har i de foregående kapitler evaluert prosjektene Tigris og Barn i rusfamilier, lagt frem konkrete anbefalinger for hvert delområde og både underveis- og sluttreflektert. I disse betraktningene vil det også være spor som har relevans for satsinger mer generelt. I det videre løfter vi derfor blikket og forfølger fellessporene og vi spør hvilken betydning denne kunnskapen kan og bør få. Her ser vi begge prosjektene under ett og trekker frem hva vi anser har relevans for både kommuner, regionale og statlige myndigheter og relevante utdanningsinstitusjoner innen det profesjonsfeltet vi har tatt for oss.

Vår vurdering er at hovedutfordringer på kommunenivå i begge prosjektene er å gå fra kunnskapsheving til sikring av varige kunnskaps- og kompetansestrukturer. Dernest ser det ut til at det er en utfordring å utvikle mer tøyelige virksomhetsgrenser som øker muligheten for samtidig samarbeid som er av varig verdi. I det videre vil vi fremheve dimensjoner som vi anser er viktig å være oppmerksom på både i justeringen av nåværende prosjekter og i planleggingen og gjennomføringen av fremtidige prosjekter og satsinger.

### 6.1.1 Erkjennelse som faktor for handling

Erkjennelse av at en innsats er viktig for å sikre handling, er godt kjent i litteraturen av organisasjons- og praksisutvikling. Mangel på opplevd felles erkjennelse kan føre til frustrasjon og handlingslammelse. Det er et trekk ved våre kvalitative data at informantene opplever at de er en minoritet i den kommunale ansattbefolkningen. Flere gir uttrykk for at de ikke får utnyttet sitt potensielle som praksisutøver, som de begrunner med at de ikke har tilstrekkelig rom til utfoldelse. De opplever at det verken er en felles erkjennelse i fagtjenesten, i ledelsen eller i politiske miljøer knyttet til prosjektets betydning og at dette innvirker på forankringen, som da oppleves som dårlig. Dette anses av praksisutøvere å begrense handlingsalternativene og derved mulighetene for god praksis. Vår erfaring fra andre prosjekter, viser tilsvarende funn. Felles erkjennelse som grunnlag for solid forankring er viktig. Det kan derfor være grunn til å se nærmere på om både KoRus-Sør og kommunene i introduksjonsfasen av en innsats, i større grad bør sikre forankring gjennom erkjennelse i organisasjonen, både horisontalt og vertikalt. Vår vurdering er i tillegg at denne dimensjonen støter mot en annen dimensjon, som omhandler hvordan den enkelte praksisutøver tar i bruk det handlingsrom som faktisk eksisterer. I det videre ser vi nærmere på dette.

### 6.1.2 Ta i bruk det faktiske handlingsrommet

Slik vi ser det er det ikke bare viktig, men avgjørende, at den enkelte fagutøver tar i bruk det handlingsrommet og de muligheter som faktisk eksisterer i organisasjonen. Dette kan være knyttet til regelverk, det kan være kollegaer med genuin kompetanse, det kan være egen særkompetanse, det kan være myndighetsrommet og en hel rekke andre forhold. Vi vil anbefale den enkelte prak-



sisutøver og organisasjonen å gjennomføre en kartlegging av nettopp det reelle handlingsrommet. Denne kartleggingen kan for eksempel utføres i en oppstart av en innsats, eller som begrunnelse for en innsats. KoRus-Sør vil kunne støtte en slik handlingsromkartlegging, for eksempel i ressursgruppen, siden det kan gi et godt bilde av muligheter og eventuelle begrensninger. Når KoRus-Sør i sin tilnærming legger vekt på å utvikle kunnskap, styrke kompetansen og etablere hensiktsmessige og solide samarbeidsflater, er det nettopp en forsterking av handlingsrommet de samtidig legger til rette for. Om denne, etter vårt syn, generøse bistanden fra KoRus-Sør ikke får tilstrekkelig fotfeste i strukturene, anser vi at dette også kan ha sammenheng med dette feltets praksisutøveres tendens til å redusere seg selv og sitt handlingsrom. Det er et velkjent fenomen at en profesjon og/eller en praksisutøvers status og posisjon kan, både av omverdenen og av den aktuelle profesjon/praksisutøver, påvirkes av synet på seg selv. Tigris og Barn i rusfamilier har et nedslagsfelt der brukergruppene kan kategoriseres som utsatte. Det er en brukergruppe som mange av ansattebefolkningen, og befolkningen forøvrig, ikke ønsker å identifisere seg med. Dette, som vi kan betegne som gruppeomdømme, kan også påvirke omdømme og synet på feltets profesjonelle aktører. Om så skjer vil den enkelte praksisutøver og også dets ledelse kunne føle og/eller oppleve at omverden reduserer verdien av deres praksis. Dette vil både kunne påvirke mulighet for erkjennelse, som vi viste til som viktig for handling, men det kan også påvirke den enkelte praksisutøvers og kollegagruppens syn på seg selv. I dette spenningsfeltet står etter vårt syn den profesjonelle utøver i fare for å «se mindre» enn det som er mulig. Vi vil her driste oss til å fremholde at det etter vårt syn påhviler hver enkelt fagutøver et selvstendig ansvar for egen praksis. I dette ligger at vi også mener at den enkelte fagutøver selv må identifisere sitt handlingsrom og dokumentere der det eventuelt er for smalt, for grunt, for enkelt eller andre forhold. Dette er etter vårt syn profesjonell praksis. I motsatt fall, der fagutøver ikke selv tar tak i dette gjennom systematisk dokumentasjon over egen praksis, står vi etter vårt syn overfor en praksis som ikke kan betegnes som profesjonell, men mer preget av tilfeldigheter, synsing, antagelser og myter. Innen feltet vi har behandlet i evalueringen, er det etter vårt syn særdeles viktig at den profesjonelle fagutøver er oppmerksom på disse faktorene. For KoRus-Sør innebærer dette at de i større grad også bør fokusere på nettopp feltet som et profesjonelt felt med profesjonelle aktører. I KoRus-Sør sin tilnærming ligger et implisitt ønske om å styrke profesjonaliteten i møte med problemstillinger innen rusfeltet. Det er derfor nærliggende å se for seg at den profesjonelle fagutøvers praksis og derigjennom handlingsrom blir gjenstand for oppmerksomhet, kanskje også i opplæringen. I evalueringen finner vi interessante eksempler på samarbeidsflater som ikke følger de faste eller forventede samarbeidsmønstrene, og som kan være gode eksempler å løfte frem. Et eksempel er samarbeidet mellom rustjeneste og barnevern, der vi ser parallell jobbing med henholdsvis foreldre med rusproblemer og barna som gis støtte i omsorgssituasjonen. Et annet eksempel er samarbeidet mellom rustjenesten og helsestasjonen som jobber parallelt ut mot familier, men der helsestasjonen har et helhetsperspektiv og der rustjenesten håndterer sitt spesialområde. Et tredje eksempel er der barnevernet involveres i saker med gravide, selv om de i prinsippet kun skal ha ansvar for det fødte barn. Triangelet barnehage – barnevern – helsestasjon er et annet eksempel på virksomme veier i arbeidet med å identifisere og følge opp utsatte familier. Dette er eksempler på fagutøvere som har brøytet ny mark og tatt i bruk eksisterende handlingsrom.

### 6.1.3 En mykere profesjonslinje

Feltet vi har studert i denne evalueringen består i primært av fagutøvere med utdanning fra høyskoler eller universitet. De representerer også profesjoner som i stor grad etter- og videreutdanner seg. Videre tilhører de fagutøvergrupper der det i økende grad stilles forventninger til deling av profesjonell aktivitet på forskjellige arenaer for samhandling med ulike profesjoner. Til tross for dette ser det ut til at det er liten bevegelse å spore når det gjelder hvordan de aktuelle profesjons-

grupper orienterer seg som gruppe, og hvordan organisasjonen legger til rette for en oppmyking av profesjonell praksis. Vi tar til orde for en mykere profesjonslinje. Vår vurdering er at både profesjoner som gruppe og kommunene som organiserer arbeidet rundt profesjonene, i større grad enn hva som ser ut til å være tilfelle i dag, bør se på hvilke barrierer som hemmer oppmyking av stramme grenser for profesjonell fagutøvelse og hvordan dette kan endres. Vår vurdering er videre at dette også bør gjelde for profesjonsgruppene (eks fagforeningenes tilnærming) og utdanningssystemet som utdanner profesjoner. I dette ligger at vi tar til orde for langt høyere grad av felles faggods i utdanninger som retter seg mot tjenester der nettopp felles faglig plattform som grunnlag for smidig og treffsikkert samarbeid, er nødvendig. Dette vil primært dreie seg om profesjonsutdanninger og det teoretiske fundamentet profesjonene bygger på. En mykere profesjonslinje vil konkret kunne innebære at ulike tjenester etter hvert bygger et felles teoretisk rammeverk som går på tvers av tjenestene. I både Tigris og Barn i rusfamilier er det nettopp felles kunnskapsplattform som grunnlag for samtidig og kvalitetsmessig godt samarbeid, som står sentralt, slik vi finner det i en rekke satsinger på feltet. Ut over dette vil det også her være hensiktsmessig å skille mellom kunnskapen i og kunnskapen om en profesjon. Hver profesjon vil legge vekt på kunnskapen i eget fagfelt (altså den profesjonsspesifikke, teoretiske kunnskapen). En mykere profesjonslinje vil i tillegg bygge på det å ha kunnskap om andre profesjoner.

Så påhviler det også et ansvar for den organisasjonen der profesjonell praksis skal utspilles, å legge til rette for en mykere profesjonslinje. Dette bringer oss over til neste punkt.

#### 6.1.4 Tøyelig virksomhetsgrenser

Når koordinering, helhetlig tilnærming, samarbeid og samhandling er gjentatte temaer innen nær sagt alt av nasjonale og regionale satsinger som rettes mot kommunene, og når kommunene selv også iverksetter prosjekter for dette, er tiden etter vårt syn inne for å se nærmere på dette som fenomen, og ikke alene som prosjekt- eller innsattstema. Vi berører her et omfattende studiefelt innen både byråkrati, organisasjoner og profesjonsutøvelse. Vår oppfatning er at det til tross for betydelige mengde litteratur innen disse fagområdene, i for liten grad har avstedkommet en reell bevegelse av feltet. Litt karikert kan vi si at kommunene i dag er nokså lik seg selv 40 år tilbake i struktur, kultur og organisering, altså i grunnstruktur. Kommunene har riktignok vært organisert på mange ulike måter, og selvsagt har det her, som for øvrig i samfunnet, vært en betydelig endring av kommunikasjonsstrukturer gjennom utvikling av teknologiske plattformer. Men det har etter vår vurdering ikke medført ditto endringer av organisasjonens (kommunenes) måte å løse oppgavene på. Tøyelege virksomhetsgrenser vil kunne innebære at tjenestene beveger seg inn i hverandres domener og har innflytelse på hverandre. Det betyr f.eks. at helsestasjonen vil kunne bevege seg inn på barnevernets domene i de tilfeller der barnevernet ikke har muligheter til å handle (f.eks. pga. manglende samtykke). Samtidig kan det også bety at barnevernet iklær seg en veilederrolle overfor helsestasjonen. Tilsvarende vil barnevernet kunne jobbe innenfor jordmors domene med tanke på å forberede en barnevernssak etter fødsel. Vi kan også se for oss at skolene i ennå større grad tar i bruk den solide oppvekstkompetansen som finnes i kommunene, gjennom både å delta på eksterne arenaer men ikke minst trekke andre miljøer inn i skolen. Vi har tidligere vist til diskursen knyttet til skolen som arena for læring og i hvilken grad skolen også bør være arena for bevisst fremming av livskvalitet. Uansett hvilket syn man har på dette, er det solid forskning knyttet til betydningen av trivsel for læring. En mykere profesjonslinje og mer tøyelige virksomhetsgrenser også i skolen, vil derfor etter vårt syn styrke skolens grunnprofil og mandat.

Vår vurdering er at utvikling av mer tøyelige virksomhetsgrenser er en viktig forutsetning for å optimalisere potensiale som profesjonsutøvere er bærer av, for å styrke grunnlaget for kompetente

handlinger og for å realisere ambisjoner om fellesfaglig samarbeid. Kanskje kan vi da også se øket grad av sambruk av kompetanse, og vi spør om vi bør, og er, på sporet av det vi kan betrakte som sambruksprofesjoner?

### 6.1.5 Samtidighet - Hurtighet

En felles ambisjon med Tigris og Barn i rusfamilier er blant annet å bidra til en helhetlig og koordinert tilnærming i arbeidet med rusutsatte familier. Dette skal sikres gjennom utvikling av samarbeidsstrukturer som fanger opp målgruppens behov. Med samtidighet mener vi at tjenestene samarbeider på samme tid og ikke kun i rekkefølge. I et aksjonsforskningsprosjekt fant forskerne at det var nødvendig å fokusere nettopp på samtidighet, blant annet for å sikre en praksis som følger opp med det tempo som er nødvendig for å sikre fremdrift og utvikling i en sak (Gustavsen m.fl. 2012). Erfaringer fra denne innsatsen, SIMBA, viste at mange familier bruker mye tid på å vente, både på å få time ved et offentlig kontor, på telefonkontakt, på vedtak og oppfølging og på åpning inn i arbeidslivet. Denne ventetiden så ut til å bryte ned familienes tiltro til egen kapasitet og muligheter. Når den vanskelige livssituasjonen vedvarte til tross for at mange offentlige etater var involvert uten at noen tok et helhetlig ansvar og når tempo i oppfølgingen er svært langsom, rammet håpløsheten og fortvilelsen tungt. Aksjonsforskningsprosjektet konkluderte med at det var avgjørende at det ble øket gjennomføringskraft og -takt fra tjenesteforvaltningens side. Ser vi så på prosjektene Tigris og Barn i rusfamilier, er dette prosjekter som i større grad enn mange andre innsatser nærmest roper på samtidighet og hurtighet når vi ser på brukergruppen i kommunene: Gravide, spebarn, småbarn. I disse periodene av livet teller så å si hvert minutt mangedobbelte av hva det gjør for andre grupper. Spesielt for gravide ettersom rusmisbruk kan gi store skader dersom det ikke gripes inn på et tidlig tidspunkt. Sammenlignet med samordningen mellom andre tjenester, vil dermed tid, i form av rask håndtering, være særskilt avgjørende.

Så langt er det ikke nedfelt i prosjektene Tigris og Barn i rusfamilier at samarbeidet også skal innebære fokus på samtidighet og hurtighet. Et eksempel er at jordmor og barnevernet kan jobbe samordnet i forberedelsen til en fødsel. Det innebærer at barnevernet både kan forberede mor og selv være mer forberedt til etter fødsel dersom det er behov for at barnevernet griper inn. Et annet eksempel er samordningen mellom jordmor og fastlege under graviditet og der det vil være nødvendig å avklare roller dem imellom. Et tredje eksempel er utvikling av samtidig samarbeidsstruktur mellom helsestasjonen og barnehagene, mellom helsestasjonen og barnverntjenesten og mellom alle disse tre tjenestene. Vi anbefaler øket oppmerksomhet om samtidighet og hurtighet.

### 6.1.6 Dokumenter, dokumenter, dokumenter

For å sikre at tjenestene faktisk arbeider etter de mål, rutiner og prosedyrer og faglige prinsipper som er nedfelt for arbeidet, er det sentralt med løpende overvåking av praksis. Vi tar derfor til orde for øket fokus på dokumentasjon.

Vi har tatt til orde for betydningen av at den profesjonelle fagutøver dokumenter egen praksis. Dette er et selvsagt lederansvar, men det er etter vårt syn også et ansvar som påhviler profesjonelle praktikere. Gjennom utdanning har profesjoner inngått en form for samfunnskontrakt om at deres fagutøvelse skal være dominert av noe annet enn legfolks praksis. Vi kan derfor forvente en høyere bevissthet om egen praksis og en løpende vurdering av denne basert på dokumentasjon. I evalueringen av Tigris og Barn i rusfamilier har vi sett at det foregår en viss loggføring av egen praksis, men at det er ikke satt inn i et overordnet system for løpende læring og utvikling. Vi har

også erfaringer fra andre prosjekter og satsinger der vi har sett at dette feltet i for liten grad er oppmerksom på kraften og muligheten som ligger å dokumentere faglig praksis løpende. Det finnes en rekke verktøy for dette. Kanskje kan KoRus-Sør også i større grad legge vekt på denne dimensjonen i det videre arbeidet med Tigris og Barn i rusfamilier, samt andre satsinger de arbeider med.

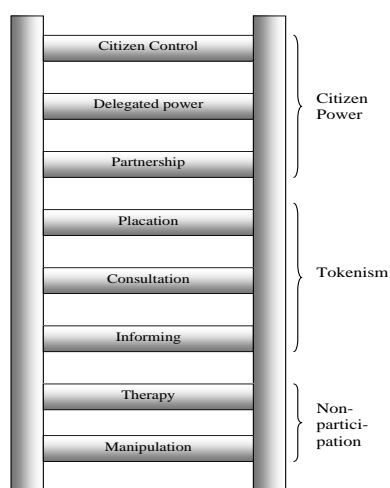
### 6.1.7 Brukermedvirkning

Evalueringen av Tigris og Barn i rusfamilier har hatt fagutøvere som målgruppe. Vi har tidligere pekt på at det er en svakhet ved evalueringen, at vi ikke har innhentet brukerdata. Heving av kunnskap, styrking av kompetanse og nedfellelling av retningslinjer for brukermedvirkning i tjenestene for målgruppen i prosjektene, er heller ikke et uttalt mål i noen av opplæringsprogrammene i de to prosjektene. Det kan sies å være implisitt i prosjektets fokus på verdigrunnlag, samtaleverktøy og kommunikasjon, men det er ikke tydeliggjort. Vi anbefaler at dette kommer inn som felles opplæringsområde for både Tigris og Barn i rusfamilier og andre satsinger fra KoRus-Sør. Vår vurdering er i tillegg at det påhviler den enkelte kommune et selvstendig ansvar for å sikre brukermedvirkning, både på system- og individnivå. I tillegg påhviler det den enkelte fagutøver, gjennom dennes fagutdannelse og etiske retningslinjer for praksis, å sikre at brukerne de er i kontakt med medvirker i sin egen sak. Dette er både et grunnleggende demokratisk ideal, et sentralt faglig prinsipp og et verdigrunnlag tuftet på anerkjente menneskerettighetsbestemmelser. Og ikke minst virker det også positivt i forhold til utsatte grupper, og de hensikter som samarbeidet mellom disse gruppene og tjenesteforvaltningen skal ivareta. I det videre skal vi derfor dvele litt ved denne dimensjonen.

Brukermedvirkning er en rettighet som er nedfelt i flere lovverk og i føringer til lovbestemmelser. Det kan skje på ulike nivå, som gjennom medvirkning i politikkkutforming, påvirkning på systemnivå og på individnivå. Både nasjonalt og internasjonalt har det vært et sterkt fokus på brukermedvirkning over mange år. Blant annet er det utviklet en europeisk veileder i brukerreting og brukermedvirkning. Offentlige dokumenter, bøker og artikler har blitt skrevet, og mange tjenesteytere har tatt brukermedvirkning med i sin strategiske planlegging. Norske myndigheter legger også stor vekt på at brukermedvirkning skal ligge til grunn for tjenestetilbudet generelt. NAV-reformen har brukermedvirkning som ett av tre ambisjoner (se eks. Andresen m.fl. 2009). I 1999 kom Stortingsproposisjon nummer 63, «Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999– 2006», som i 2006 ble utvidet med to år. Opptrappingsplanen skulle reformere psykiske helsetjenester både på spesialist- og kommunenivå, og ett av hovedmålene var å styrke brukerperspektivet og brukernes rettigheter. Evalueringer av opptrappingsplanen viser at dette arbeidet ikke er godt nok ivaretatt. I rapporten «Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena» (Rådet for psykisk helse, 2008) hevdes det at brukerne ikke har reell medvirkning i store deler av landet og at tilbudet som ytes, ofte er usammenhengende og oppstykket.

Prinsippet om brukermedvirkning betyr at tjenesteapparatet skal benytte brukerens erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp. I tillegg er både empowerment og recovery beslektede og relevante begreper for brukermedvirkning. Empowerment handler om et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende subjekt, som kan og vil sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det. På norsk brukes begrepet om å gi makt eller kontroll til, og å gjøre i stand til eller å tillate. Ord som myndiggjøring blir også benyttet. Studier om bedringsprosesser (recovery) er et relativt nytt forskningsområde og har sin opprinnelse i brukermiljøer. Det viser seg at kunnskap fra brukermiljøene har vært avgjørende for å få innsikt i personers egne aktive roller i det å mestre og leve med psykiske problemer og få til et godt liv i sitt nærmiljø (Borg 2009).

I en undersøkelse av brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten, argumenterer forfatterne for at brukermedvirkning må forstås i lys av den norske og nordiske modellen (Haukelien, Møller, Vike 2011). Forfatterne fremholder at det viktigste grunnlaget for brukermakten ligger i den norske velferdsmodellens universalisme, dvs. den makt hver enkelt borger har gjennom sin juridiske rett til ulike typer velferdsgoder. Ifølge forfatterne er kanskje den viktigste formen for brukermedvirkning den som foregår i de daglige relasjonene mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Forfatterne viser videre til at det i litteraturen også fremgår forsøk på å gradere medvirkning. I en klassisk artikkel av Arnstein (1969) skilles det mellom åtte grader av deltakelse, omtalt som "A ladder of Citizen Participation". De to nederste trinnene på denne stigen innebærer å delta uten samtidig å delegerere makt. Dette dreier seg dermed om tilsynelatende deltagelse gjennom manipulasjon og terapi. Det neste nivået på stigen dreier seg om symbolsk medvirkning. Her finner vi informasjon, konsultasjon og blidgjøring/forsoning. Øverst i stigen finner vi tre reelle deltakelsesformer. Den første her er partnerskap, dernest delegert myndighet og til slutt borgerkontroll. Hovedpoenget her er at deltagelse kan ta mange former og at det i ulik grad er snakk om reell innflytelse.



Figur 6.1 A ladder of Citizen Participation

Helsedirektoratets kvalitetsstrategi «... og bedre skal det bli », definerer brukere som «*personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn.*» Det faktum at også personer som blir indirekte berørt av tjenesten blir betegnet som brukere av tjenesten, er svært interessant. Dette innebærer at også barnas situasjon skal tas hensyn til i de tilfeller der for eksempel det er de voksne i familien som er i kontakt med tjenesteforvaltningen. Dette er relevant for eksempel for rustjenesten, NAV og andre tjenester der det er voksne som er målgruppe for tjenesten. Barn i rusfamilier er rettet mot å se barn som bekymrer generelt og barn i rusfamilier spesielt. Kunnskaps- og kompetansehevingen skal blant bidra til å styrke og bedre det faglige arbeidet på dette området. Barn er altså målgruppen for den nye praksisen.

Barns rett til medvirkning er, på lik linje som for voksne, nedfelt i lov- og regelverk og faglige prinsipper. Vi vil især fremheve Barnekonvensjonens bestemmelser som skal bidra til å sikre medvirkning for alle barn. For utsatte barn er det særlig viktig å være lydhør for barnets stemme. Det kan få fatale konsekvenser å overse og overhøre utsatte barn. Når Barn i rusfamilier har kommunikasjon med barn som et sentralt tema, er det nettopp for å sikre at fagutøveren blir best mulig på å fremme barns stemme i kommunikasjonen. Vår vurdering er at denne delen av kunnskaps-

søkningen vil profitere på å bringe inn perspektiver knyttet til barns rett til å medvirke. I dette ligger at det ikke foreligger en mulighet til å velge bort medvirkning. Tvert om skal det sikres. Vi vil driste oss til å fremholde at en satsing knyttet til barn som bekymrer generelt og deres rett til å bli hørt og aktivt lyttet til, med fordel kunne vært gjennomført fra nasjonale myndigheters side. Vi er kjent med at det finnes en rekke innsatser der barn og medvirkning er et av flere temaer, men det er etter vårt syn ikke et tilstrekkelig fokus på dette. Om KoRus-Sør trekker inn dette i pågående og fremtidige satsinger, vil dette etter vårt styrke både den faglige praksis KoRus-Sør bidrar til å utvikle i kommunene, men det vil også styrke KoRus-Sørs egen faglige plattform.

### 6.1.8 Avrundning

Kompetansesentrene for Rus har, som vi innledet med å beskrive i denne rapporten, hovedansvaret for å sikre ivaretagelse, oppbygging og formidling av rusfaglig kompetanse, samt iverksette og implementere statlige føringer på rusområdet. Vi har i denne evalueringen vist at deltagerkommunene i både Tigris og Barn i rusfamilier gjennomgående er svært tilfredse med nivået på kunnskapsformidlingen, opplæringsprogrammene, materiellet og oppfølgingen fra KoRus-Sør. Dette indikerer at det ikke er grunnlag for å endre vesentlig på struktur og form. I våre anbefalinger i kapittel 4 og 5 knyttet til hvert delprosjekt, redegjør vi for hva vi anser kan være hensiktsmessige justeringer og endringer basert på evalueringen. I begge prosjektene er det især omsetting av kunnskap til handling som ser ut til å være det sårbare området. Vi har vist at det ikke er tilstrekkelig med høy kunnskap på et område, det er også nødvendig at det er tydelige strukturer for hvordan praksis skal utøves. Dernest har vi, i et felleskapittel, løftet blikket og pekt på muligheter og utfordringer for prosjektene vi har evaluert, og for tilsvarende satsinger. Vi utviser her en mild utålmodighet rett og slett fordi vi anser at denne evalueringen i seg selv ikke har frembrakt overraskende og ny innsikt innen feltet vi har studert. Tvert om har den stadfestet til dels meget omfattende kunnskap på området. Nettopp av den grunn anser vi at tiden er overmoden for å ta i bruk denne kunnskapen på mange nivåer, slik vi redegjør for i kapittel 6. KoRus-Sør kan utgjøre en ytterligere forskjell om de bidrar til å bringe nettopp denne nye innsikten videre, både horisontalt og vertikalt og på så vel strategiske som operative nivåer.

# Referanser

Andreassen, Tone Alm (2009): Brukermedvirkning i NAV: når velferdsforvaltningen og brukerorganisasjonene skal jobbe sammen. Gyldendal akademisk.

Arnstein, Sherry R.: "A Ladder of Citizen Participation," JAIP, Vol. 35, No. 4, July 1969, pp. 216-224 (se og nettsiden: <http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation.html>)

Baklien, Bergljot (2003): Evalueringsforskning I Norge. Tidsskrift for samfunnsforskning 34, s. 361-274

Baklien, Bergljot og Wejden, Tonje (2009): Evaluering av prosjektet «Barn i rusfamilier - tidlig intervensjon». SIRUS-rapport 1/2009

Borg, Marit (2009): Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46, 452-459.

Freidson, Eliot (1986): Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge. Chicago: University of Chicago Press

Garud, Raghu (1997): On the distinction between know-how, know-why, and know-what. I Advances in Strategic Management, Volume 14, s. 81-101.

Gustavsen, Karin, Van der Meij, Ranveig, Jøndahl, Heidi Nilsen og Braathen, Heidi (2012): SIMBA - sammen i innsatsen mot barnefattigdom i Drammen kommune - Praksisutvikling i utforskende partnerskap 2009 – 2011. TF-rapport 302/ 2012. Telemarksforskning.

Halvorsen, Knut (2002): Grunnbok i helse og sosialpolitikk. Oslo Universitetsforlaget

Haukelien Heidi, Møller Geir, Vike Halvar (2011): Brukermedvirkning i pleie og omsorgssektoren. TF-rapport 284/2011. Telemarksforskning

McEvoy, P og Richards, D. (2006): A critical realist rationale for using a combination of quantitative and qualitative methods. Journal of Research in Nursing, 11, 66-78.

Molander, A., og Terum, L.I. (2008): Profesjonsstudier: en introduksjon. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlag.

Ryen, Anne (2002): Det kvalitative intervjuet - fra vitenskapsteori til feltarbeid. Fagbokforlaget.

Sciulli, David (2005): Continental sociology of professions today: Conceptual contributions. Current Sociology, Vol. 53 (6): 915 -942

---

Helsedirektoratets kvalitetsstrategi «... og bedre skal det bli»:  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-/Publikasjoner/hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-.pdf>

Sosial- og helsedirektoratet (2005): Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. IS-1179

Sosial- og helsedirektoratet (2004): Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.» IS-1154.