

Evaluering | Bufetat
Evaluering av Modellkommuneforsøket
Sluttrapport 2015

Mars 2015



Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
Del I: Om Modellkommuneforsøket	10
1. Bakgrunn, formål og historikk	11
1.1 Bakgrunn	11
1.2 Modellkommuneforsøket 2007- 2014.....	11
1.3 Evalueringens formål.....	12
1.4 Metode.....	12
1.5 Rapportens oppbygging	13
Del II: Sluttevaluering	14
2. Resultatene og erfaringer fra Modellkommuneforsøket	15
2.1 Viktige resultater i forsøkskommunene	15
2.2 Hvordan kan modeller brukes til å fremme langsiktig, systematisk og tverretattlig samarbeid?	18
2.3 Sentrale erfaringer for kommunene i arbeidet med modellutvikling	18
2.4 Suksessfaktorene for modellutvikling.....	20
2.5 Anbefalt modell	22
2.6 Anbefalinger til videreføring av arbeidet rettet mot målgruppen i andre kommuner.....	24
Del III: Modellkommunenes utvikling i forsøksperioden	26
3. Organisering, forankring, samarbeid, kompetanse og tiltak	27
3.1 Organisering av Modellkommuneforsøket i kommunene.....	27
3.2 Forankring, informasjon og planarbeid.....	29
3.3 Samarbeid	31
3.4 Kompetanse, kartlegging og registrering	35
3.5 Iverksatte tiltak i modellkommunene	38
3.6 Samlet vurdering av modellkommunenes utvikling i perioden.....	42
Del IV: Modellutvikling	44
4. Modellkommunenes arbeid med å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig oppfølging	45
4.1 Hva er de sentrale elementene i modellen på de ulike nivåene	45
5. Region Øst	47
5.1 Aurskog- Høland.....	47
5.2 Jevnaker	48
5.3 Lørenskog.....	50
5.4 Skedsmo.....	51
5.5 Vestre Toten	52
6. Region Sør	54
6.1 Arendal	54
6.2 Drammen	55
6.3 Mandal	58
6.4 Vennesla	58
7. Region Vest	60
7.1 Askøy.....	60
7.2 Bergen	62
7.3 Bømlo.....	64

7.4 Fjell	64
7.5 Førde	65
7.6 Haugesund	66
7.7 Sandnes.....	68
7.8 Time	69
8. Region Midt Norge.....	71
8.1 Grogn.....	71
8.2 Leksvik.....	71
8.3 Namsos.....	72
8.4 Steinkjer.....	73
8.5 Trondheim.....	74
9. Region Nord	76
9.1 Bodø	76
9.2 Fauske	77
9.3 Nordreisa	79
9.4 Tromsø.....	80
10. Avsluttende perspektiver på den overordnede organisering og gjennomføring av forsøket.....	82
10.1 Organiseringen av Modellkommuneforsøket på overordnet nivå	82

Forord

Modellkommuneforsøket har pågått over en periode på 7 år. I tre av disse årene har Deloitte fulgt de 26 modellkommunenes arbeid med å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og barn med foreldre som misbruker rusmidler.

Deloitte ønsker å rette en stor takk til modellkommunene for et langt og godt samarbeid. Gjennom møtene med ledere og medarbeidere i den enkelte kommune har vi fått et unikt innblikk i hva som kreves for å etablere et robust tilbud til en sårbar gruppe.

Vi ønsker også å rette en takk til Bufdirs nasjonale koordinator og Bufetats regionale koordinatorene, som har vært viktige diskusjonspartnere for oss i gjennomføringen av følgeevalueringen.

Prosjektleder i Deloitte har vært Rachel Myhr Williksen. Kristian Dyrkorn, Henrik Karlson, Veline Martinsen og Kristin Horn Bringedal har vært prosjektmedarbeidere i arbeidet med sluttevalueringen. Lennart Sjøgren har vært ansvarlig partner.

Vi ønsker modellkommunene, Bufdir og Bufetat lykke til videre med et viktig arbeid, og håper at også andre kommuner vil ha nytte av de erfaringer og anbefalinger som framkommer i denne rapporten.

Oslo, 18. mars 2015.

Sammendrag

Deloitte har utført en følgeevaluering av Modellkommuneforsøket på oppdrag for Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i perioden 2011-2015.

Bakgrunnen for forsøket er Regjeringens satsing på barn av psykisk syke, barn av foreldre som misbruker rusmidler, og målsettingen om at de skal få «tidlig hjelp og systematisk, langsiktig oppfølging, tilpasset den situasjonen de lever i». Målgruppen for arbeidet i Modellkommuneforsøket er barn av psykisk syke og/eller barn av foreldre som misbruker rusmidler i aldersgruppen 0 – 6 år. Modellkommunene har hatt som oppdrag å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler – fra graviditet til skolealder. Satsingsperioden for Modellkommuneforsøket har vært fra 2007- 2014.

Evalueringen av Modellkommuneforsøket har vært basert på en kombinasjon av dokumentstudier, intervju og spørreskjemaundersøkelser. Deloitte's mandat har vært å kartlegge og evaluere aktivitet og identifisere suksessfaktorer i modellkommuneforsøket i henhold til forsøkets formål, samt å sammenstille datamaterialet til en oppsummering av gode modeller for langsiktig, helhetlig og systematisk oppfølging av barn i målgruppen.¹ Det har ikke vært innenfor mandatet til evalueringen å gå i dybden på effekter og virkninger av forsøket for målgruppen.

Viktige resultater i kommunene

Oppsummert fremstår følgende som viktige resultater i modellkommuneforsøket:

- **Kommunene har fått økt kompetanse og tverretatlig forståelse.** Et viktig resultat i evalueringen er at kommunene har styrket sin kompetanse om målgruppen gjennom å delta i forsøket. Tilbakemeldingene fra kommunene tyder på at kompetanseheving har gitt økt faglig trygghet, bedre kunnskap om hvilke faglig tilnærming som bør benyttes og hvilke tiltak som bør settes inn. Felles kompetanseutviklingstiltak innad i kommunene, der de ulike tjenestene har fått samme opplæring, har bidratt til en felles faglig plattform og bedre tverretatlig forståelse.
- **Kommunene erfarer at de er bedre i stand til å fange opp barn i målgruppen.** De aller fleste kommunene mener at kartleggingsverktøyene kommunen har tatt i bruk som et ledd i modellkommuneforsøket virker bra for å synliggjøre foreldre med sårbarhet knyttet til psykisk helse og/eller rusmiddelproblematikk. Nær samtlige kommuner mener videre at kvaliteten på screeningen er blitt bedre som følge av at verktøyene har blitt tatt i bruk.
- **Kommunene fått en bedre forankring av arbeidet rettet mot målgruppen i kommunens ledelse.** Gjennom modellkommuneforsøket er barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre tydeliggjort som målgruppe. Det oppleves å være større forståelse for denne gruppens sårbarhet og betydningen av tidlig innsats enn tidligere. Forankring av arbeidet overfor målgruppen er blitt sterkere i løpet av forsøksperioden, selv om dette også må sees i sammenheng med andre parallelle satsninger i kommunene.
- **Kommunene har styrket sin samhandling.** Det tverretatlige kommunale samarbeidet rundt målgruppen har endret seg som følge av Modellkommuneforsøket. Ledere og ansatte i ulike

¹ Behovsbeskrivelse. Følgeevaluering av modellkommuneforsøket (2011 – 2014) ePhorte nummer 11/56750.

faginstanser har fått økt forståelse for hverandre, og hvordan de bedre kan arbeide sammen for å fange opp barn i målgruppen og ivareta deres behov. Det gjort organisatoriske endringer og foretatt samlokaliseringer for å legge bedre til rette for samhandling om målgruppen. Felles kompetanseutvikling har bidratt til at tjenestene får bedre kjennskap til hverandre, og dermed et grunnlag for bedre samhandling.

- **Kommunene har fått mer systematikk i arbeidet overfor målgruppene.** Resultatene som er trukket fram ovenfor har bidratt til en mer kunnskapsbasert og systematisk tilnærming til arbeidet overfor barn og familier i målgruppen. Nye rutiner og systemer for involvering av «rett» tjeneste til «rett» tid, innebærer en økt sannsynlighet for at målgruppen får den bistanden som de har behov for. Kommunene har i utvikling av modellene lagt stor vekt på å utarbeide rutiner og prosedyrer for hva ulike tjenester bør gjøre på ulike tidspunkter, med det formål å fange opp risikoutsatte barn og familier så tidlig som mulig.
- **Kommunene har utviklet og innført bedre og mer virkningsfulle tiltak.** Samtlige kommuner har utarbeidet eller videreutvikling tiltak for oppfølging av barn/familier i målgruppen, og vurderer tiltakene som gode og virkningsfulle. Brukermedvirkning har også stått sentralt i utvikling av tiltakene, der de fleste kommuner oppgir at brukere i stor grad involveres i utvikling og evaluering av tiltakene.
- **Kommunene har lyktes med å utvikle helhetlige modeller.** Kommunene har utviklet og innført tiltak på både system- og individnivå. På systemnivå er det etablert arenaer for felles læring og erfaringsutveksling, og det er utviklet en felles forståelse og faglig plattform i kommunene. I tillegg er det foretatt organisatoriske grep i kommunene for å samordne og samlokalisere tjenester rettet mot målgruppen. På individnivå er det innført rutiner og prosedyrer for hvordan tjenestene skal arbeide for å fange opp og hjelpe barn og familier i målgruppen, og tjenestene har fått kompetanseheving i hvordan dette skal utføres.

Resultatene som er presentert ovenfor er oppnådd gjennom et forsøksarbeid som har pågått i sju år. I prosessen har kommunene fått en rekke erfaringer som har bidratt til at de har oppnådd dette. En analyse av disse erfaringene og de løsninger modellkommunene har funnet på utfordringer som har oppstått underveis, har gjort det mulig å identifisere suksessfaktorer for å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging. I tabellen under gis en kort beskrivelse av hva som er de sentrale erfaringer i forsøket, samt hva som vurderes som viktige strategier for å imøtekomme de utfordringene som har oppstått (suksessfaktorer).

Erfaringer og suksessfaktorer

Erfaringer	Suksessfaktorer
<ul style="list-style-type: none">• Utydelig styring og forankring. I begynnelsen av forsøket var det uklart hva som lå i det å «utvikle gode modeller». Dette bidro til at kommunene i en periode var usikre på hva de skulle iverksette og oppnå, og dermed også usikre på hva de måtte forankre lokalt i kommunene.	<ul style="list-style-type: none">• Definering av tydelig formål og mandat. En overordnet suksessfaktor er en tydeliggjøring av formålet med å utvikle og innføre en modell for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging. En viktig læring fra forsøket er at det må foreligge en tydelig bestilling, og at kommunen må arbeide aktivt med å operasjonalisere og tilpasse denne lokalt.
<ul style="list-style-type: none">• Forankring og tverretattlig forpliktelse. I flere av kommunene har det vært en utfordring å sikre tilstrekkelig forankring hos ledere og involvere alle faginstanser som arbeider med målgruppen.	<ul style="list-style-type: none">• Mandat. Formål og målsetninger for arbeidet bør konkretiseres i et mandat som klargjør hvilke faginstanser som forplikter seg til å delta i arbeidet.• Styringsstruktur. Ledere med beslutningsmyndighet bør være representert i prosjektgruppen eller i en overordnet styringsgruppe.

- **Kompetanseheving og tverretattlig tilnærming til målgruppen.** I flere av kommunene har det vært en utfordring å sikre tilstrekkelig forankring hos ledere og medarbeidere.
 - **Felles kompetanseutvikling.** Enten gjennom felles fagdager, eller gjennom at fagpersoner fra forskjellige faginstanser deltar på de samme kursene/programmene samtidig.
-
- **Prosjektstyringskompetanse.** Kompetanseheving om målgruppen var nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å utvikle gode modeller. Kompleksiteten i arbeidet har vist at det i tillegg var behov for kompetanse på prosjektledelse og prosjektstyring.
 - **Prosjektorganisering.** Organisere arbeidet med å utvikle og innføre modeller som et prosjekt med en tverretattlig prosjektorganisasjon med klar ansvarsfordeling og framdriftsplan.
-
- **Mangel på tiltak.** I forsøkets tidlige faser opplevde kommunene at de ikke hadde tilgang på de «rette tiltakene».
 - **Utvikling av tiltakspakker.** Utvikling av «tiltakspakker», som krever at flere faginstanser er involvert i tiltak rundt barna/familiene samtidig.
-
- **Utvikling, beskrivelse og formidling av modeller.** Kommunene erfarte at det var utfordrende å beskrive komplekse sammenhenger i en enkelt modell og formidle til andre hva det ville si å arbeide i henhold til modellen.
 - **Utvikling av handlingsveiledere.** Kommunene har beskrevet og illustrert hvordan arbeidsprosessene rundt barn i målgruppen skal organiseres. Samhandling i prosessen med å utvikle handlingsveilederne synes å ha hatt positiv innvirkning på samarbeidet mer generelt.
 - **Visualisering av modellen.** Å visualisere modellen har vist seg å være et effektivt virkemiddel, både når det gjelder å etablere en forståelse for hva den inneholder og forholdet mellom de ulike elementene i modellen.
-

Innspill til en anbefalt modell

I sluttrapportens del IV presenteres sentrale elementer i modellen til hver enkelt kommune. Som en del av vår anbefaling, presenterer Deloitte en anbefalt modell som kan betraktes som en «idealmodell». I idealmodellen er de elementer som synes å ha hatt størst betydning for barna/familiene i målgruppen tatt inn. Modellen gir et bilde av hva som må være på plass for at en kommune skal lykkes med å fange opp barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler, og gi dem en langsiktig, helhetlig og systematisk oppfølging tilpasset den situasjonen de lever i.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> Forankring, oppslutning om modellen hos kommunens toppledelse krever kontinuerlig fokus Rapportere til politisk nivå og administrativ ledelse med jevne mellomrom - bruke politiske møter og ledermøter som arena for å informere og forankre (invitere seg selv, ikke vente på å bli invitert) Bruke lokalpressen som redskap for å skape blest og positiv omtale Markere positiv utvikling og oppnådde målsetninger – «vi er på riktig vei» 	<ul style="list-style-type: none"> Vedta målsetninger for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/ rusmisbrukende foreldre i kommuneplanen Vedta resultat- og aktivitetsmål for den enkelte sektor/virksomhet i handlingsprogram (fireårsplan) og årlig økonomiplan Sikre at vedtatte målsetninger gjøres gjeldende for barnverntjenesten, barnehage, PPT, helsestasjon og andre tjenester som møter barn/familier i målgruppen Utarbeide målsetninger som er så konkrete at det er mulig å måle resultater Definere ansvar for at arbeidet evalueres og nødvendige justeringer iverksettes
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomføre felles opplæring for alle faginstanser som skal arbeide med målgruppen (felles opplæring gir felles ståsted og opplevelse av felles ansvar) Arbeide aktivt med å sikre positive holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser (berømme/belønne slik innsats) Arbeide aktivt med å fjerne rutiner og holdninger som hindrer samarbeid på tvers av etater og faginstanser Informasjonsutveksling mellom faginstanser om framdriften i arbeidet med målgruppen– felles ledermøter Sikre etterlevelsen av tverretatlige rutiner og virksomme, kunnskapsbaserte tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> Ta inn målsetninger for arbeidet med tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/ rusmisbrukende foreldre i lederavtalene hos alle ledere som møter barn/familier i målgruppen Organisere faginstansene som skal arbeide med målgruppen i samme enhet (så langt kommunestørrelsen tillater det) Samlokalisere faginstansene som skal arbeide med målgruppen i samme enhet (så langt kommunestørrelsen tillater det) Etablere faste møtearenaer for samarbeid og informasjonsutveksling, som følger kommunens «årshjul» Etablere tverretatlige rutiner og prosedyrer som fremmer samarbeid Sikre at tiltak som benyttes faktisk er virksomme og fundert på kunnskapsbaserte metoder
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> Sikre riktig bruk av metoder og prosedyrer for screening og identifisering av barn i målgruppen Sikre at riktig bruk av metoder og prosedyrer for oppfølging av barn i målgruppen benyttes (tiltak) Etablere tverrfaglige konsultasjonsteam hvor fagpersoner kan bringe inn vanskelige saker eller saker de er i tvil om Etablere arenaer hvor fagpersoner kan diskutere etiske dilemma og vanskelige faglige problemstillinger Utarbeide felles samtykkeskjema for alle instanser som møter målgruppen og arbeide aktivt med å sikre samtykke 	<ul style="list-style-type: none"> Sikre at det kun er anerkjente metoder og prosedyrer for screening og identifisering av barn i målgruppen som benyttes Sikre at det kun er anerkjente metoder og prosedyrer for oppfølging av barn i målgruppen som benyttes (tiltak) Utarbeide handlingsveiledere med en trinn-for-trinn-veiledning til hvordan man som fagperson tilnærmer seg og arbeider med familien Gjøre handlingsveiledere med tilhørende rutiner og prosedyrer tilgjengelig for alle som kan ha bruk for dem (intranett, kvalitetssystem mv.) Ta inn psykisk helse og rus i oppstartssamtaler og foreldresamtaler i barnehagene Sikre at alle ansatte i kommunen som møter barn/familier i målgruppen kjenner sitt ansvar når det gjelder å observere, og vet hva de skal gjøre om det er behov for å aksjonere

Innspill til videre utvikling og innføring av modeller

Erfaringene fra modellkommunene tilsier at det er fornuftig å organisere arbeidet med innføringen av en slik modell som et prosjekt. En prosjektorganisering kan, dersom den følger anerkjent prosjektstyringsmetodikk, gi den prioritering og dedikasjon som er nødvendig for å lykkes. Oppsummert synes følgende suksessfaktorer å være av vesentlig betydning for en vellykket innføring:

1. Det må utarbeides et tydelig mandat for arbeidet med å innføre modellen. Mandatet bør helst vedtas politisk.
2. Prosjektleder og prosjektgruppe bør få innføring i prosjektarbeid dersom de ikke har det fra før.
3. Alle sentrale faginstanser må involveres i prosjektarbeidet, helst gjennom deltakelse i prosjektgruppen.
4. Det bør etableres en styringsgruppe hvor politisk nivå og rådmann/kommunalsjef er representert, dette for å sikre nødvendig forankring.
5. Prosjektleder og deltakere i prosjektgruppe bør frigjøres fra en del av sin faste stilling for å kunne prioritere prosjektarbeidet (minimum 5 %).
6. Det bør utarbeides en framdriftsplan med klare milepæler fram mot overføring til drift.
7. Prosjektfasen bør ikke gå over for lang tid.
8. Prosjektet bør overføres til drift 6 måneder før selve prosjektet avsluttes, dette for å evaluere og gjøre korrigeringer.

Følgeevalueringen av Modellkommuneforsøket viser at det er stor overføringsverdi fra modellkommunenes arbeid til andre kommuner. For Bufdir og Bufetat blir det derfor viktig å sikre at modellkommunenes erfaringer kommer andre kommuner til gode. Gjennom de modellene som nå er utviklet har andre kommuner en god mal for å utarbeide sin egen tilnærming til barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre.

Del I: Om Modellkommuneforsøket

1. Bakgrunn, formål og historikk

1.1 Bakgrunn

Det overordnede målet med regjeringens satsing på barn av psykisk syke og barn av foreldre som misbruker rusmidler, er at de skal få «tidlig hjelp og systematisk, langsiktig oppfølging, tilpasset den situasjonen de lever i». Barne- og familieetatens (Bufetat) oppdrag i Modellkommuneforsøket er å følge opp regjeringens satsing.

Modellkommunene har som oppdrag å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler – fra graviditet til skolealder. Satsingsperioden for Modellkommuneforsøket har vært fra 2007 til 2014.

1.2 Modellkommuneforsøket 2007- 2014

Modellkommuneforsøket ble initiert av regjeringen Stoltenberg II, som et ledd i regjeringens satsing på barn av psykisk syke og barn av foreldre som misbruker rusmidler. Barne- og likestillingsdepartementet (BLD)² og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gikk sammen om satsningen. Hovedansvaret for iverksettingen av forsøket ble lagt til BLD, og videreført til Bufetat.

HOD valgte å videreføre sin del av oppdraget til Helsedirektoratet som i sin tur kanaliserte midler ut til sine kompetansesenter.³ Helsedirektoratet deltok aktivt i initieringsfasen av prosjektet, og i utarbeidelsen av Opplæringsprogrammet, men har senere ikke hatt en aktiv rolle i forsøket.⁴

Bufdir har fra 2008 hatt det overordnede, koordinerende ansvaret for gjennomføringen av Modellkommuneforsøket. Bufetats ansvar i Modellkommuneforsøket har vært å sikre fremdrift i modellkommunenes arbeid, etablere nettverk mellom kommunene, og bistå med kompetanseutviklende, faglig bistand.

Av de kommunene som søkte om å bli modellkommune, ble følgende 26 kommuner valgt ut:

- Region Øst: Aurskog-Høland, Jevnaker, Lørenskog, Skedsmo, Vestre Toten
- Region Sør: Arendal, Drammen, Mandal, Vennesla
- Region Vest: Askøy, Bergen, Bømlo, Fjell, Førde, Haugesund, Sandnes, Time
- Region Midt: Grong, Leksvik⁵, Namsos, Steinkjer, Trondheim
- Region Nord: Bodø, Fauske, Nordreisa, Tromsø

De første årene av forsøksperioden var aktiviteten i kommunene hovedsakelig knyttet til kompetanseheving og fagutvikling. Det ble også brukt tid på å finne en hensiktsmessig organisering av arbeidet. Fra 2012 til 2015 ble aktiviteten i større grad rettet inn mot modellutvikling.

² Nå Barne-, og likestillings- og inkluderingsdepartementet

³ (R-Bup, KORUS og RVTS)

⁴ Helsedirektoratet og Bufdir samarbeidet om å utvikle et opplæringsprogram rettet mot ansatte i kommunene i perioden 2008-2011. Programmets mål var å gi ansatte økt kompetanse på å identifisere og samtale med gravide og småbarnsfamilier om bruk av rusmidler, psykiske problemer og/eller vold.

⁵ Kommunene Leksvik og Mosvik var opprinnelig sammen om søknaden og de første årene med gjennomføring av modellkommuneforsøket. Mosvik ble i 2012 slått sammen med Inderøy kommune, og gikk ut av modellkommunesamarbeidet.

1.3 Evalueringens formål

Formålet med evalueringen av Modellkommuneforsøket har vært å kartlegge og evaluere aktivitet, identifisere suksessfaktorer og gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn og familier i målgruppen.

Siden 2011 har Deloitte foretatt en følgeevaluering av Modellkommuneforsøket med fire årlige evalueringsaktiviteter:

- Elektronisk spørreundersøkelse hvor kommunene har rapportert aktivitet, erfaringer og resultater
- Dybdeintervju med alle kommuner
- Utarbeidelse av modellbeskrivelser for hver enkelt kommune (2013 og 2015)
- Nasjonale konferanser hvor alle modellkommuner har vært representert

Det foreligger delrapporter fra evalueringene som ble gjennomført i 2012 og 2013.

Foreliggende sluttrapport evaluerer hele forsøksperioden, med særlig vekt på forsøkets siste fase og kommunenes arbeid med å utvikle, innføre og prøve ut gode modeller.

1.4 Metode

I perioden 2007 – 2015 har ulike metoder vært benyttet for å evaluere modellkommunenes aktivitet. Nedenfor følger en kort beskrivelse av hvilke metoder som har vært benyttet i evalueringen:

1.4.1 Spørreundersøkelse

I 2011, 2012, 2013 og 2014 ble det gjennomført en elektronisk spørreundersøkelse for å kartlegge faktiske forhold rundt modellkommunenes aktivitet.⁶ I sluttevalueringen har vi bygget på svarresultatene fra 2013 og 2014. Spørreundersøkelsen ble sendt ut til samtlige 26 kommuner som har deltatt i forsøket, og gir et omfattende statistisk materiale. Svarene fra undersøkelsen har blitt brukt som bakgrunnsinformasjon i intervjuene med den enkelte kommune.

1.4.2 Intervju

I tillegg til spørreundersøkelsen har det vært gjennomført dybdeintervjuer. I 2012 ble det gjennomført intervju med et utvalg kommuner, mens samtlige kommuner ble intervjuet i 2013 og i 2014. Hensikten med intervjuene har vært å få dypere innsikt i hvordan modellkommunene arbeidet, hvilke erfaringer de har gjort seg, og hvilke resultater de har oppnådd.

Intervjuene har for en stor del blitt gjennomført som gruppeintervju. Gruppeintervjuene har vært organisert noe forskjellig fra år til år og fra kommune til kommune. Følgende inndeling har i hovedsak blitt benyttet:

- Prosjektgruppe/arbeidsgruppe⁷
- Styringsgruppe/ representanter fra kommunens toppledelse (kommunaldirektør/kommunalsjef)
- Interne samarbeidspartnere (faginstanser i kommunen som ikke inngår i prosjektgruppe/arbeidsgruppe)
- Eksterne samarbeidspartnere (bl.a. representanter for spesialisthelsetjenesten)⁸

⁶ I 2011 ble spørreundersøkelsen gjennomført av Rambøll

⁷ I 2014 var det kun representanter fra prosjektgruppen som deltok i intervjuene

⁸ Deltok kun på intervjuene i 2012

1.5 Rapportens oppbygging

Rapporten fra sluttevalueringen er bygd opp i fire hoveddeler:

Del I: Om Modellkommuneforsøket. Innledende del som gir en kort innføring i føringene for, og rammene omkring forsøket, samt en kort metodebeskrivelse.

Del II: Sluttevaluering. Rapportens hoveddel, hvor resultatene av Modellkommuneforsøket og kommunenes erfaringer beskrives. I denne delen presenteres også suksesskriterier for modellutvikling og anbefalt modell.

Del III: Modellkommunenes utvikling i forsøksperioden. Beskriver organisering, forankring, samarbeid, kompetanse og iverksatte tiltak i modellkommunene i forsøksperioden. Denne delen er i hovedsak basert på funn fra spørreundersøkelsen.

Del IV: Modellutvikling. Gir en standardisert presentasjon av hovedelementene i modellen til hver kommunene samt noen perspektiver på den overordnede organiseringen av Modellkommuneforsøket og videreføringen av arbeidet.

Del II: Sluttevaluering

2. Resultatene og erfaringer fra Modellkommuneforsøket

I dette kapittelet gis en overordnet vurdering av de viktigste resultatene og erfaringene fra Modellkommuneforsøket. Vurderingene er empirisk orienterte, og fundert på modellkommunenes samlede erfaringer i forsøksperioden, slik disse er formidlet til evaluator og videre analysert og vurdert. Det empiriske grunnlaget for vurderingene er å finne i evalueringsrapportene fra 2012 og 2013, samt denne rapportens del III og IV.

2.1 Viktige resultater i forsøkskommunene

Modellkommunene har oppnådd en rekke resultater i forsøksperioden. Evalueringen viser at det har vært positive endringer i hvordan kommunene har organisert sine tjenester til målgruppen, og hvordan ulike tjenester har samarbeidet om tidlig intervensjon og forebygging. Videre har kommunene opplevd en styrking av kompetanse og økt systematikk i arbeidet overfor målgruppen på individnivå. Samtidig er det utfordrende å skille mellom hva som er konsekvenser av deltakelse i forsøket, og hva som er konsekvenser av øvrige satsninger i kommunene. Likevel vurderer evaluator at forsøket og modellutviklingen som kommunene har deltatt i, har bidratt til at det er iverksatt et helhetlig utviklingsarbeid rettet mot målgruppen. Evaluator vurderer således at kommunene har realisert følgende hovedresultater:

2.1.1 Forankringen av arbeidet internt i kommunene

Overordnet sett fremstår arbeidet med modellkommuneforsøket som godt forankret i kommunene. Samtidig viser evalueringen at forsøket i varierende grad er godt forankret i ulike tjenester og på ulike nivåer. Arbeidet med målgruppen er best forankret hos helsestasjonen, barnevern, barnehage og administrasjon. Forankringen vurderes i følge respondentene som dårligst hos fastlegene, NAV og i skolen.⁹ Det er videre en svak tendens til at forankringen er blitt gradvis bedre i løpet av prosjektperioden. Forankringen av forsøket vurderes gjennomgående som bedre i administrativ ledelse enn i politisk ledelse. Samtidig har politisk forankring av forebygging og tidlig intervensjon som satsningsområder vært en forutsetning for å få på plass tverrfaglig samarbeid i Modellkommuneforsøket.

«Den viktigste funksjonen til styringsgruppen har vært å følge opp at dette arbeidet blir prioritert. Styringsgruppen har vært med på å forankre arbeidet ut i organisasjonen. I forhold til å planlegge kurs og kompetanseheving har det vært viktig å signalisere prioritet. Her har også styringsgruppen vært viktig.»
Førde kommune om rollen til styringsgruppen i arbeidet med forankring.

Arbeidet rettet mot målgruppen er nedfelt i kommunenes planverk, herunder særlig handlingsplaner/prosjektplaner, planer for kompetanseutvikling og opplæring samt årsplaner.

⁹ Enkelte kommuner har valgt å utvide målgruppen til også å gjelde barn i skolealder. For disse var det relevant å stille spørsmål om forankring i skolen.

2.1.2 Økt kompetanse og felles forståelse

Bufdir og Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 et modulbasert opplæringsprogram i samarbeid med Regionsentre for barn og unges psykiske helse (RBUP), Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Kompetansesentre for rus (KORUS) og Bufetat. Målet var å styrke kompetansen om tidlig intervensjon i kommunene, og å samordne kompetansetilbud på kommunalt nivå. Flertallet av kommunene som har deltatt i forsøket har gjennomført opplæring i henhold til Opplæringsprogrammet. Kommunene har opplevd deltakelsen i Opplæringsprogrammet som svært nyttig.

Flertallet av kommunene har også fått veiledning i bruk av nye kartleggingsverktøy.¹⁰ Det store flertallet av kommunene vurderer at kartleggingsverktøyene som er tatt i bruk som et ledd i Modellkommuneforsøket fungerer godt for å synliggjøre foreldre med sårbarhet knyttet til psykisk helse og/eller rusmiddelproblematikk. Dette understøttes også i de kvalitative intervjuene som er gjennomført, der gode kartleggings samtaler vurderes som særdeles viktig for å fange opp behov og utfordringer på et tidlig tidspunkt. Kompetansehevingen som er gjennomført i forbindelse med dette, vurderes også som en forutsetning for at kartleggingen skal fungere etter sin hensikt, herunder at de som skal gjennomføre kartleggingen har nødvendig trygghet for å utføre den på en god måte.

Et viktig resultat i evalueringen er at kommunene har fått styrket sin kompetanse gjennom å delta i forsøket. Tilbakemeldingene fra kommunene tyder på at kompetanseheving har gitt økt faglig trygghet, bedre kunnskap om hvilke faglig tilnærming som bør benyttes og hvilke tiltak som bør settes inn. Felles kompetanseutviklingstiltak innad i kommunene, der de ulike tjenestene har fått samme opplæring, har bidratt til en felles faglig plattform og bedre tverretattlig forståelse. Felles kompetanseutvikling bidrar også til at tjenestene får bedre kjennskap til hverandre, og er dermed et grunnlag for bedre samhandling.

«Det viktigste resultatet vi har fått til er tverrfaglig jobbing og iverksatt tiltakene. Men det aller viktigste er vel det tverrfaglige fokuset. Flere som tenker sammen. Fokuset som gjør at vi kommer tidligere inn. Fokus hos den enkelte. Å få løftet opp dette tema hos den enkelte tjenesteutøver. Tenker at man bør hente inn en annen tjeneste, og ser behovet for dette. Det at vi jobber på tvers i etatene. Da kommer de andre tingene, og det mer overordnede samarbeidet.»

Vestre Toten kommune om viktige resultater i forsøket.

2.1.3 Styrket samarbeid og samhandling

Overordnet sett viser evalueringen at samarbeids- og samhandlingsrelasjonene internt i kommunene er blitt styrket i forsøksperioden. Dette kommer frem av både spørreundersøkelsene og de kvalitative intervjuene som er gjennomført.

Nær samtlige kommuner rapporterer i spørreundersøkelsen at «det tverretattlige kommunale samarbeidet rundt målgruppen har endret seg som følge av Modellkommuneforsøket». Respondentene rapporterer blant annet at ledere og ansatte er blitt bedre kjent og fått økt forståelse for hverandre, og at felles kompetanseutvikling har vært en god arena for å fremme dette. En av kommunene beskriver at det er etablert en kultur for samhandling, mens en annen presiserer at det er etablert tydeligere forventninger til, og rutiner for, samhandling. Dette bildet bekreftes i de kvalitative intervjuene, der en økt gjensidig forståelse av hverandres tjenester er et gjennomgående budskap.

¹⁰ For en oversikt over hvilke kartleggingsverktøy som er tatt i bruk i kommunene vises det til kapittel 3.

«Før var det nesten ikke meldinger til barnevernet. I dag opplever vi at barnehagene melder mer, og at de har fått et bedre samarbeid med barnevernet. Det har vært endringer i bevisstgjøring, samt holdningsendringer.»

Namsos kommune om betydning av samarbeidet.

Kjennskap og forståelse for hverandre, felles faglig plattform og felles målsettinger gjennom deltakelse i forsøket, vurderes å ha bidratt til at samhandlingen rundt og organiseringen av tjenestene til målgruppene er blitt bedret i forsøksperioden.

Evalueringen viser også at mange av kommunenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten er blitt styrket som en følge av Modellkommuneforsøket. Endringer handler blant annet om tettere samarbeid med barneansvarlige ved lokalsykehus og BUP, økt dialog om utarbeidelse av felles rutiner, felles opplæring og læringsarenaer samt at kommunene får veiledning.

2.1.4 Mer systematikk i arbeidet overfor målgruppene

På individnivå kan ovennevnte forstås å ha bidratt til en mer kunnskapsbasert og systematisk tilnærming til arbeidet overfor barn og familier i målgruppen. Nye rutiner og systemer for involvering av «rett» tjeneste til «rett» tid, innebærer en økt sannsynlighet for at målgruppen får den bistanden de har behov for. Kommunene har i utvikling av modellene lagt stor vekt på å utarbeide rutiner og prosedyrer for hva ulike tjenester bør gjøre på ulike tidspunkter, med det formål å fange opp barn og familier i risiko så tidlig som mulig. Blant annet har kommunene involvert både helsestasjon og barnehagene i det tidlige intervensjonsarbeidet, der bruk av kartleggingsamtaler er ett eksempel. Et annet eksempel er opplæring av barnehageansatte i hva som kan være mulige «faresignaler», og gjøre dem trygge på hvordan disse signalene kan løftes frem i dialog, både med foresatte og andre tjenester i kommunene.

2.1.5 Økt kvalitet i iverksatte tiltak

Flere kommuner har utviklet gode rutiner for bruk av verktøy i arbeidet med å kartlegge barn/familier i målgruppen og kvaliteten på screeningen vurderes å ha blitt bedre. Det fremgår at de aller fleste kommunene mener at kartleggingsverktøyene kommunen har tatt i bruk som et ledd i modellkommuneforsøket virker bra for synliggjøre foreldre med sårbarhet knyttet til psykisk helse og/eller rusmiddelproblematikk. Nær samtlige mener videre at kvaliteten på screeningen er blitt bedre som følge av at verktøyene har blitt tatt i bruk.

«Kartleggingsverktøyene er noe av det aller viktigste vi har fått innført som modellkommune. Bruk av disse åpner opp for at tjenestene skal kunne spørre om vanskelige ting, og at de har et godt grunnlag til å spørre.»

Nordreisa kommune om bruk av kartleggingsverktøy.

Samtlige kommuner har utarbeidet tiltak og oppfølging av barn/familier i målgruppen, og samtlige kommuner ønsker å videreføre tiltakene som er igangsatt. Nær samtlige kommuner vurderer tiltakene som (svært) gode og virkningsfulle, og her har det vært en positiv utvikling i kommunene. Brukermedvirkning har også stått sentralt i utvikling av tiltakene, der de fleste kommuner oppgir at brukere i stor grad involveres i utvikling og evaluering av tiltakene.

2.1.6 Gode modeller er utviklet i kommunene

Kommunene har utviklet og innført tiltak på både system- og individnivå. På systemnivå er det etablert arenaer for felles læring og erfaringsutveksling, og det er utviklet en felles forståelse og faglig plattform i kommunene. I tillegg er det foretatt organisatoriske grep for å samordne og samlokalisere tjenester rettet mot målgruppen. På individnivå er det innført rutiner og prosedyrer for hvordan tjenestene skal arbeide for å fange opp og hjelpe barn og familier i målgruppen, og tjenestene har fått kompetanseheving i hvordan dette skal utføres.

«Modellen skal forebygge at barn i målgruppa utvikler alvorlige helseproblemer senere i livet gjennom å sikre at barn i risiko får rett tiltak til rett tid. Et viktig overordnet mål i modellen er derfor at alle som jobber med barn og deres pårørende skal ha en felles forståelse av mulige risikofaktorer og symptomer, samt gode standarder og rutiner for å intervensere og samarbeide.»

Drammen kommune om formålet med modellen.

Evalueringen viser altså at kommunene har lyktes med å utvikle gode modeller. Det innebærer at kommunene også har lyktes med å imøtekomme de utfordringene som har oppstått underveis i forsøksperioden.

2.2 Hvordan kan modeller brukes til å fremme langsiktig, systematisk og tverretattlig samarbeid?

I henhold til samfunnsvitenskapelig teori er en modell et idealisert, forenklet bilde av hvordan man forestiller seg virkeligheten. En modell forsøker å gi et bilde av virkeligheten gjennom grafiske fremstillinger. Modellenes fordel er at de klassifiserer og abstraherer informasjon, slik at det blir enklere å sortere det viktige fra det uviktige.

Sett under ett viser modellkommunenes erfaringer at det har vært fruktbart, for arbeidet med barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre, å utvikle og implementere modeller for en mer helhetlig, systematiske og langsiktig oppfølging. Selv om arbeidet med å utvikle modeller har vært en nokså «teoretisk øvelse», har dette bidratt til å tydeliggjøre nødvendigheten av å forenkle og beskrive hva man gjør, og hvordan man jobber. For de fleste modellkommunene har resultatet blitt en modell som vises fram med stolthet, og som fungerer bra som rettesnor for arbeidet med barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre.

Gjennom å forankre modellene hos politisk og administrativ ledelse har modellkommunene etablert et struktur som er tilstrekkelig robust til at det langsiktige arbeidet med målgruppen ivaretas. De fleste har arbeidet ut fra en forutsetning om at modellen skal ligge fast, men kunne tilpasses dersom det gjøres organisatoriske endringer. En helhetlig modell krever videre at det etableres og utvikles faste arbeidsprosesser og prosedyrer for å oppdage, kartlegge og følge opp barna. Dette medfører en systematisk tilnærming som indirekte også bidrar til en kvalitetssikring av arbeidet rundt barna. En av styrkene ved flere av modellene som nå er utviklet, er at nødvendigheten av tverretattlig samarbeid blir tydelig illustrert. Det vil ikke være mulig å arbeide i henhold til modellen dersom det tverretattlige samarbeidet ikke er på plass.

2.3 Sentrale erfaringer for kommunene i arbeidet med modellutvikling

Resultatene som er presentert ovenfor er oppnådd gjennom et forsøksarbeid som har pågått i sju år. I prosessen har kommunene fått en rekke erfaringer som har bidratt til at de har oppnådd disse resultatene. I avsnittene nedenfor gis en kort beskrivelse av hva som har vært sentrale erfaringer for kommunene i forsøksperioden. Kommunenes erfaringer har til dels sin bakgrunn i utfordringer man har støtt på underveis. Vår vurdering er at også andre kommuner vil ha nytte av å kjenne til hvilke utfordringer som har oppstått i modellkommunene, særlig med sikte på å forhindre at de oppstår i egen kommune.

Evalueringen viser at den utviklingen som har funnet sted i modellkommunene til dels har sin bakgrunn i hvilke løsninger man har funnet på aktuelle utfordringer. En nærmere analyse av disse løsningene har gjort det mulig å identifisere suksessfaktorer for å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging. I kapittel 2.4 gis en beskrivelse av hva som vurderes å være viktige strategier for å imøtekomme disse utfordringene (suksessfaktorer).

2.3.1 Forankring i ledelsen i egen kommune

Da arbeidet med å utvikle modeller tok til for alvor, erfarte flere av kommunene at sentrale elementer i modellen ikke var godt nok forankret hos kommuneledelsen. Dette kunne dreie seg om vedtatte målsetninger for arbeidet med målgruppen i kommuneplan/handlingsprogram, beslutninger om hvilke faginstanser som skulle involvere seg i samarbeidet om målgruppen, eller bestemmelser om hvilke prosedyrer som skulle følges.

Kommunenes lærdom var at sentrale modellelementer måtte forankres i strukturer (formelle vedtak) og ikke hos personer. Dette for at ikke forankringen skal forsvinne når personer bytter stilling eller slutter. Manglende forankring førte til at flere av modellkommunene måtte «gå noen ekstra runder» for å sikre nødvendig forankring da det nærmet seg tid for utprøving av modellen. Når denne forankringen først var på plass, opplevde alle kommunene å få oppslutning om den modellen som var utarbeidet.

2.3.2 Riktig kompetanse

De modellene som er utviklet er tuftet på den kompetansen som kommunen har ervervet gjennom hele forsøksperioden. I mange av kommunene har Opplæringsprogrammet vært en sentral del av den kompetansehevingen som har funnet sted. Det har imidlertid vært en utfordring for kommunene å finne balansen mellom hvem som trenger grunnkompetanse og hvem som trenger mer dyptgående kompetanse eller spisskompetanse. For fagpersonene som arbeider direkte med barna/familiene har det videre vært utfordrende å stole på at den kompetansen man har ervervet er god nok.

«Riktig bruk» av de modellene som nå er utviklet krever at modellkommunene viderefører arbeidet med kompetanseheving. Det vil fremdeles være behov for å sikre nødvendig grunnkompetanse hos fagpersoner som møter barn/familier i målgruppen, og spisskompetanse hos fagpersoner som skal arbeide direkte med oppfølgingen av det enkelte barn/den enkelte familie. Modellkommunenes erfaring er at både kompetanseheving og spredning av ervervet kompetanse må foregå kontinuerlig.

Et sentralt funn i evalueringen er at kompetanseheving er en forutsetning for å fange opp barn/familier i målgruppen, vite hvordan barnet/familiene bør følges opp, og iverksette virksomme tiltak. Kompetanseheving om målgruppen viste seg imidlertid ikke å være tilstrekkelig for å arbeide godt og effektivt med utvikling og implementering av modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging. Kompleksiteten i arbeidet har vist at kompetanse på prosjektledelse og prosjektstyring var nødvendig for å sikre at arbeidet i den enkelte kommune ble ferdigstilt i tråd med Modellkommuneforsøkets intensjoner.

2.3.3 Intern organisering og tverretattlig samarbeid

I de fleste modellkommunene besto prosjektgruppen av fagpersoner uten beslutningsmyndighet. Dette gjorde det nødvendig å gå flere runder for å få nødvendige beslutninger med hensyn til hvem som skulle få tilbud om kompetanseheving, godkjenning av rutiner for internt samarbeid, og ikke minst frigjøring av tid hos sentrale medarbeidere i arbeidet med modellutviklingen. Det at prosjektgruppen ikke hadde mandat til å pålegge andre å bidra i arbeidet har ført til forsinkelser i fremdriften for mange av kommunene. Flere av modellkommunene har også hatt utfordringer med å engasjere barneverntjenesten i arbeidet med modellutviklingen. Kapasitetsutfordringer i barneverntjenesten har ført til at utviklingsarbeid må prioriteres bort. Dette har igjen ført til dårlige forankring i barneverntjenesten, og mindre forståelse for hvordan modellen er tenkt brukt.

Allokering av ressurser og prioritering av arbeidet med modellutvikling, viste seg å være spesielt utfordrende for kommuner som har gjennomført omorganiseringer i forsøksperioden. Organisasjonsendringene har medført uro i organisasjonen, usikkerhet om ansvarsforhold og at energi som skulle vært kanalisert til utviklingsarbeid forsvant andre steder.

Modellkommunenes erfaringer viser at kompleksiteten i arbeidet øker med kommunestørrelse. Antallet virksomheter som må involveres, antallet medarbeidere som skal informeres, beslutninger, rutiner og prosedyrer øker jo større kommunen er. Den viktigste erfaringen har kanskje vært å ta hensyn til at det tar lang tid å nå ut til den enkelte medarbeider.

Mange av modellkommunene har pekt på at en presset kommuneøkonomi har gjort det vanskeligere å prioritere forebyggende innsats. Inntrykket er at dette har vært spesielt utfordrende for kommuner som ikke har dokumentert en økning i antallet barn/familier det arbeides med. Uten kunnskap om dette har det vært vanskeligere å nå fram i prioriteringsdiskusjoner.

2.3.4 Tiltaksutvikling

Flere av modellkommunene beskrev seg som «tiltaksfattige» de første årene av forsøksperioden. De opplevde det som vanskelig å øke innsatsen for å fange opp barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre fordi de ikke var sikre på om kommunen hadde adekvate tiltak som ville være til hjelp. Inntrykket er at kommunene etter hvert ble mer oppmerksomme på hvordan eksisterende tiltak bedre kunne innrettes for å treffe målgruppen bedre, og at det ikke nødvendigvis var behov for å etablere nye tiltak spesielt for denne målgruppen. I henhold til intensjonen med Modellkommuneforsøket legger nå mange av modellene opp til at det skal etableres «tiltaks pakker», som krever at flere faginstanser er involvert i tiltak rundt barna/familiene samtidig.

2.4 Suksessfaktorene for modellutvikling

I lys av modellkommunenes erfaringer med å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging, kan det identifiseres noen sentrale suksessfaktorer. Suksessfaktorene som presenteres her er ment som en hjelp til andre kommuner i arbeidet med å utvikle og implementere tilsvarende modeller. De presenteres i en rekkefølge som vil være naturlig å følge i arbeidet med å implementere en modell. For mer informasjon om hva selve modellen bør inneholde, vises det til anbefalt modell i kapittel 2.9.

2.4.1 Definerer av et klart formål

Formålet med å innføre en modell for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre må være klart definert før arbeidet tar til. Det bør også vedtas konkrete målsetninger som gjør det mulig å måle utvikling/resultat.

Formål og målsetninger kan med fordel forankres i sentrale styringsdokumenter som kommuneplan/handlingsplan/økonomiplan, og vedtas politisk.

2.4.2 Forankring av mandat

Formål og målsetninger bør konkretiseres i et mandat som vedtas på rådmanns- eller kommunalsjefnivå. Mandatet bør også klargjøre hvilke faginstanser som forplikter seg til å delta i arbeidet, og i hvilket omfang de forventes å delta. Modellkommunenes erfaringer tilsier at barnevern, barnehage, helsestasjon og PPT må være forpliktet til å delta, mens det er en stor fordel at også fastlegene, NAV og grunnskolen er involvert.

Som et ledd i arbeidet med å konkretisere mandatet bør kommunen også avklare hvilken modell de ønsker å ta utgangspunkt i. Den modellen som er anbefalt representerer en idealmodell i så måte. Å ta utgangspunkt i en utprøvd modell vil trolig forenkle kommunenes arbeid betydelig. Samtidig er det viktig at kommunen bruker tid på å tilpasse den valgte modellen til egen kommune, og sørge for at alle faginstanser er godt kjent med hva den inneholder.

Sentrale modellelementer bør forankres gjennom formelle vedtak. Videre må det arbeides kontinuerlig med å opprettholde forankring hos kommunens toppledelse, eksempelvis gjennom rapportering ved sentrale milepæler i prosjektet.

2.4.3 Prosjektorganisering

Arbeidet med å utvikle og innføre modellen i den enkelte kommune bør organiseres som et prosjekt. Antallet etater, virksomheter og personer som må involveres i arbeidet medfører en kompleksitet som vanskelig lar seg håndtere uten å etablere en prosjektorganisasjon med klar ansvarsfordeling og tydelig framdrift. Dersom prosjektleder ikke har erfaring med prosjektledelse fra tidligere, bør kompetanseheving på dette området tilbys.

Modellkommunenes erfaringer tilsier at ledere med beslutningsmyndighet må sitte i styringsgruppen eller prosjektgruppen. Dette for å sikre at beslutninger om samhandling mellom faginstanser, eller virksomheter, kan tas «der og da».

Betydningen av en robust og tydelig prosjektorganisasjon synes å øke med økt kommunistørrelse.

2.4.4 Felles kompetanseutvikling

Mange av modellkommunene har gode erfaringer med å gjennomføre felles kompetanseutvikling, enten gjennom felles fagdager eller gjennom at fagpersoner fra forskjellige faginstanser deltar på de samme kursene/programmene samtidig. Noen av kommunene har også gode erfaringer med å arrangere fagdager sammen med spesialisthelsetjenesten. Felles kompetanseutvikling gir fagpersoner fra ulike instanser i kommunen anledning til å diskutere problemstillinger fra ulike faglige perspektiver. Dette øker forståelsen for hvilke utfordringer andre instanser har, og muligheten til å løse de i fellesskap. Felles kompetanseutvikling bidrar dessuten til kunnskap om hva andre skal ha lært, og gjør det lettere å etablere en felles praksis.

2.4.5 Utarbeidelse av handlingsveiledere/beskrivelse av arbeidsprosesser

Alle modellkommunene har på en eller annen måte beskrevet og illustrert hvordan arbeidsprosessene rundt barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre skal organiseres. Felles for disse prosessbeskrivelsene, eller handlingsveiledere, er at de beskriver prosessen «fra bekymring til handling». Beskrivelsene tar fatt i hva man som ansatt i en kommune skal gjøre dersom man har bekymring for et barn, og konkretiserer hva faginstansene bør undersøke eller være oppmerksomme på i ulike faser av prosessen.

Selve prosessen med å utvikle handlingsveilederne synes å ha hatt positiv innvirkning på samarbeidet mellom faginstansene. Det gjelder særlig de kommunene hvor faginstansene har samarbeidet tett om selve utarbeidelsen. De har oppnådd en forståelse for hvordan de er gjensidig avhengig av hverandre, og hvordan de kan samarbeide til barnets beste. En av kommunene har også gode erfaringer med å utarbeide «arbeidsløyper» i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

2.4.6 Evaluering av tiltak

Den anbefalte modellen som presenteres legger til grunn at de tiltakene som iverksettes er kunnskapsbaserte og virksomme. Selv med forhåndskunnskap om hva som virker, vil det være behov for å evaluere igangsatte tiltak, og foreta justeringer dersom ønsket resultat ikke er oppnådd. Barnets familie bør inkluderes i evalueringen av tiltak. Enkelte av modellkommunene har gode erfaringer med å benytte klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i så måte.

2.4.7 Visualisering av modellen

Å visualisere modellen, har vist seg å være et effektivt virkemiddel både når det gjelder å etablere en forståelse for hva den inneholder og forholdet mellom de ulike elementene i modellen. Visualisering krever at nokså komplekse sammenhenger forenkles, og at enkeltelementer tydeliggjøres. Dette kan i seg selv være en nyttig øvelse. Flere av modellkommunene har svært

god erfaring med å gjøre modellen tilgjengelig på nett med hyperlinker til handlingsveiledere, rutiner og prosedyrer.¹¹

2.5 Anbefalt modell

I dette kapitlet presenteres en anbefalt modell for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler – fra graviditet til skolealder.

I likhet med vurderingen av oppnådde resultater og erfaringer, er den anbefalte modellen empirisk orientert og fundert på modellkommunenes samlede erfaringer i forsøksperioden, slik disse er formidlet til evaluator, og videre analysert og vurdert. Det empiriske grunnlaget for anbefalingene i modellen når det gjelder dimensjoner samt nivå og innholdsmessige elementer, er å finne i evalueringsrapportene fra 2012 og 2013.

Dimensjonene det opereres med i modellen er innført som en konsekvens av kommunenes klare tilbakemeldinger om at det er nødvendig å arbeide kontinuerlig og parallelt med strukturelle og organisasjonskulturelle forhold, for at arbeidet med målgruppen skal «slå rot» og gi langsiktige resultater.

Med **strukturdimensjonen** mener vi her: Formaliserte, nedfalte rammer for arbeidet med Modellkommuneforsøket (styringsdokumenter, planer, organisering, møtearenaer, rutiner og prosedyrer mv).

Med **kulturdimensjonen** mener vi her: Prosesser, verdier, samspill og relasjoner som etableres og utvikles gjennom arbeidet med Modellkommuneforsøket (engasjement, holdninger, samarbeid og arbeidsmåter).

Videre viser kommunenes erfaringer at arbeidet med å implementere modellen må foregå på tre nivå i organisasjonen. Dette fordi arbeidet må forankres hos kommuneledelsen, den tverretatlige samhandlingen må tilrettelegges og følges opp på etatsnivå, og det faktiske arbeidet med målgruppen skjer på individnivå i møtet med fagpersoner og barna/foreldrene. De tre nivåene i kommuneorganisasjonen er definert slik:

Kommunenivå: Kommunens politiske og administrative toppledelse
(kommunestyre/bystyre/formannskap/rådmann/kommunaldirektør/kommunalsjef)

Etatsnivå: Ledelsen av de berørte faginstansene
(virksomhetsledere/enhetsledere/avdelingsledere/seksjonsledere – tittel avhenger av kommunens organisering)

Individnivå: Fagpersoner som arbeider direkte med barna/familiene i målgruppen
(saksbehandlere og andre fagpersoner hos barnevern, PPT, NAV og i rusomsorgen/ ansatte i barnehager og skoler/ jordmødre/helsesøstre/fastleger mv.)

Hver modellkommune har i løpet av forsøksperioden utarbeidet styrende dokumenter, utviklet handlingsveiledere og prosessbeskrivelser, rutiner og prosedyrer. I tillegg har det funnet sted en omfattende aktivitet knyttet til kompetanseheving, etablering og utvikling av samarbeidsformer mellom faginstanser og det har blitt arbeidet med verdier, holdninger og handlinger hos den enkelte medarbeider. Vi har valgt å benevne disse dokumentene og denne aktiviteten som **elementer** i modellutviklingen. Gjennom spørreundersøkelse og intervju har kommunene formidlet hvilke av disse elementene de mener har hatt størst betydning for deres arbeid med

¹¹ Se for eksempel Aurskog-Hølands modell «Sammen om barn» på www.aurskog-holand.kommune.no, Trondheims modell for Oppfølging av barn i familier med rus, psykiske vansker eller vold på www.trondheim.kommune.no, og Bodø kommunes beskrivelse av «Systematisk tilnærming til barn vi bekymrer oss for» på www.bodo.kommune.no

målgruppen. Dette har vært førende for hvilke elementer som er tatt med i den anbefalte modellen.¹²

Anbefalt modell kan således betraktes som en «idealmødel», hvor de elementer som synes å ha hatt størst betydning for barna/familiene i målgruppen er tatt inn. Anbefalt modell gir et bilde av hva som må være på plass for at en kommune skal lykkes med å fange opp barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler tidlig, og kunne gi dem en langsiktig, helhetlig og systematisk oppfølging tilpasset den situasjonen de lever i.

2.5.1 Anbefalt modell

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Forankring, oppslutning om modellen hos kommunens toppledelse krever kontinuerlig fokus • Rapportere til politisk nivå og administrativ ledelse med jevne mellomrom - bruke politiske møter og ledermøter som arena for å informere og forankre (invitere seg selv, ikke vente på å bli invitert) • Bruke lokalpressen som redskap for å skape bleset og positiv omtale • Markere positiv utvikling og oppnådde målsetninger – «vi er på riktig vei» 	<ul style="list-style-type: none"> • Vedta målsetninger for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/ rusmisbrukende foreldre i kommuneplanen • Vedta resultat- og aktivitetsmål for den enkelte sektor/virksomhet i handlingsprogram (fireårsplan) og årlig økonomiplan • Sikre at vedtatte målsetninger gjøres gjeldende for barnverntjenesten, barnehage, PPT, helsestasjon og andre tjenester som møter barn/familier i målgruppen • Utarbeide målsetninger som er så konkrete at det er mulig å måle resultater • Definere ansvar for at arbeidet evalueres og nødvendige justeringer iverksettes
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre felles opplæring for alle faginstanser som skal arbeide med målgruppen (felles opplæring gir felles ståsted og opplevelse av felles ansvar) • Arbeide aktivt med å sikre positive holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser (berømme/belønne slik innsats) • Arbeide aktivt med å fjerne rutiner og holdninger som hindrer samarbeid på tvers av etater og faginstanser • Informasjonsutveksling mellom faginstanser om framdriften i arbeidet med målgruppen– felles ledermøter • Sikre etterlevelsen av tverretatlige rutiner og virksomme, kunnskapsbaserte tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> • Ta inn målsetninger for arbeidet med tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/ rusmisbrukende foreldre i lederavtalene hos alle ledere som møter barn/familier i målgruppen • Organisere faginstansene som skal arbeide med målgruppen i samme enhet (så langt kommunestørrelsen tillater det) • Samlokalisere faginstansene som skal arbeide med målgruppen i samme enhet (så langt kommunestørrelsen tillater det) • Etablere faste møtearenaer for samarbeid og informasjonsutveksling, som følger kommunens «årshjul» • Etablere tverretatlige rutiner og prosedyrer som fremmer samarbeid • Sikre at tiltak som benyttes faktisk er virksomme og fundert på kunnskapsbaserte metoder

¹² Elementene er plassert i «treffpunktet» mellom dimensjoner og nivå, ut fra evaluators kjennskap til kommunenes organisering og interne prosesser erhvervet over en periode på tre år.

Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre riktig bruk av metoder og prosedyrer for screening og identifisering av barn i målgruppen • Sikre riktig bruk av metoder og prosedyrer for oppfølging av barn i målgruppen benyttes (tiltak) • Etablere tverrfaglige konsultasjonsteam hvor fagpersoner kan bringe inn vanskelige saker eller saker de er i tvil om • Etablere arenaer hvor fagpersoner kan diskutere etiske dilemma og vanskelige faglige problemstillinger • Utarbeide felles samtykkeskjema for alle instanser som møter målgruppen og arbeide aktivt med å sikre samtykke 	<ul style="list-style-type: none"> • Sikre at det kun er anerkjente metoder og prosedyrer for screening og identifisering av barn i målgruppen som benyttes • Sikre at det kun er anerkjente metoder og prosedyrer for oppfølging av barn i målgruppen som benyttes (tiltak) • Utarbeide handlingsveiledere med en trinn-for-trinn-veiledning til hvordan man som fagperson tilnærmer seg og arbeider med familien • Gjøre handlingsveiledere med tilhørende rutiner og prosedyrer tilgjengelig for alle som kan ha bruk for dem (intranett, kvalitetssystem mv.) • Ta inn psykisk helse og rus i oppstartssamtaler og foreldresamtaler i barnehagene • Sikre at alle ansatte i kommunen som møter barn/familier i målgruppen kjenner sitt ansvar når det gjelder å observere og vet hva de skal gjøre om det er behov for å aksjonere
--------------------	---	--

2.5.2 Innføring av anbefalt modell

Erfaringene fra modellkommunene tilsier at det er fornuftig i organisere arbeidet med å innføre en slik modell som et prosjekt. En prosjektorganisering kan, dersom den følger anerkjent prosjektstyringsmetodikk, gi den prioritering og dedikasjon som er nødvendig for å lykkes. Oppsummeringsvis synes følgende suksessfaktorer å være av vesentlig betydning:

1. Det må utarbeides et tydelig mandat for arbeidet med å innføre modellen. Mandatet bør helst vedtas politisk.
2. Prosjektleder og prosjektgruppe bør få innføring i prosjektarbeid dersom de ikke har det fra før.
3. Alle sentrale faginstanser må involveres i prosjektarbeidet, helst gjennom deltakelse i prosjektgruppen.
4. Det bør etableres en styringsgruppe hvor politisk nivå og rådmann/kommunalsjef er representert, dette for å sikre nødvendig forankring.
5. Prosjektleder og deltakere i prosjektgruppe bør frigjøres fra en del av sin faste stilling for å kunne prioritere prosjektarbeidet (minimum 5 %).
6. Det bør utarbeides en framdriftsplan med klare milepæler fram mot overføring til drift.
7. Prosjektfasen bør ikke gå over for lang tid.
8. Prosjektet bør overføres til drift 6 måneder før selve prosjektet avsluttes, dette for å evaluere og gjøre korrigeringer.

2.6 Anbefalinger til videreføring av arbeidet rettet mot målgruppen i andre kommuner

Følgeevalueringen av Modellkommuneforsøket viser at det er stor overføringsverdi fra modellkommunenes arbeid til andre kommuner. Modellkommunene har på mange måter drevet med nybrottsarbeid. Dette arbeidet har vært viktig og lærerikt, men det har også krevd mye ressurser og tatt lang tid. For Bufdir og Bufetat blir det derfor viktig å sikre at modellkommunenes erfaringer kommer andre kommuner til gode. Gjennom de modellene som nå er utviklet har andre kommuner en god mal for å utarbeide sin egen tilnærming til barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre. Denne malen kan med fordel suppleres av en veileder, som i større detalj beskriver hvilke trinn andre kommuner bør igjennom for å implementere og videreutvikle sin modell, og hva det er viktig å tenke på ved hvert trinn i prosessen.

I løpet av forsøksperioden har modellkommunene utarbeidet et betydelig skriftlig materiale. I dette materialet inngår både kommunale planer, saker som har vært til politisk behandling,

handlingsveiledere, prosessbeskrivelser, kartleggingsverktøy, prosedyrebeskrivelser mv. Dette er materiale andre kommuner vil ha nytte av. Bufdir og Bufetat bør derfor vurdere om det skal etableres en nettportal eller tilsvarende, hvor materialet fra modellkommuneforsøket gjøres tilgjengelig for andre kommuner på en enkel måte.

Kommune-Norge er i endring. Kommunereformen ble vedtatt av Stortinget sommeren 2014. I april 2015 ventes en stortingsmelding om ansvars- og oppgavefordelingen mellom statlig og kommunalt nivå. Gitt ambisjonen om større og mer robuste kommuner, kan Stortingets behandling av meldingen medføre at statlige myndigheters involvering i kommunale driftsoppgaver på sikt skal reduseres. Dette gjør det utfordrende å gi råd om hvordan Bufdir og Bufetat, som statlige myndighetsorganer, kan sikre videreføringen av arbeidet rettet mot barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre.

Evalueringen viser at de regionale koordinatorene har hatt stor betydning for kommunenes arbeid, både når det gjelder faglig rådgivning og prosessveiledning. Flere av modellkommunene mener at en slik pådriverfunksjon har vært nødvendig for å få struktur på arbeidet, sikre lokal forankring og helt essensielt for at kommunene kom i havn med modellene sine. I en annen kontekst, hvor det ikke lenger er snakk om et nasjonalt utviklingsprosjekt, vil det imidlertid være problematisk om Bufdir eller Bufetat skulle ha en slik pådriverfunksjon overfor kommunene. Rollen måtte i så fall avgrenses mot å drive faglig rådgivning, knyttet til Bufdirs rolle som fagdirektorat.

Et sentralt funn i evalueringen er betydningen av tilskuddene fra Bufdir. Selv om det er snakk om små beløp til hver kommune, har dette vært viktig for å sikre opplæring for mange ansatte og at arbeidet med å utvikle modeller ble prioritert. Statlige tilskudd innebærer også krav til rapportering. Fra Bufdirs ståsted er dette et virkemiddel for å sikre at tilskuddene brukes som forutsatt og et «pressmiddel» for å sikre fremdrift og resultater. Fra kommunenes ståsted inngår kravene til statlig rapportering i en helhet av svært mange statlige rapporteringskrav, som tar fagressurser bort fra direkte brukerrettet arbeid. I lys av det som ovenfor er sagt om fremtidig ansvarsdeling mellom stat og kommune, kan likevel riktig bruk av tilskudd fra statlige hold være et effektivt virkemiddel for å initiere og følge opp enkeltkommuners arbeid.

Del III: Modellkommunenes utvikling i forsøksperioden

3. Organisering, forankring, samarbeid, kompetanse og tiltak

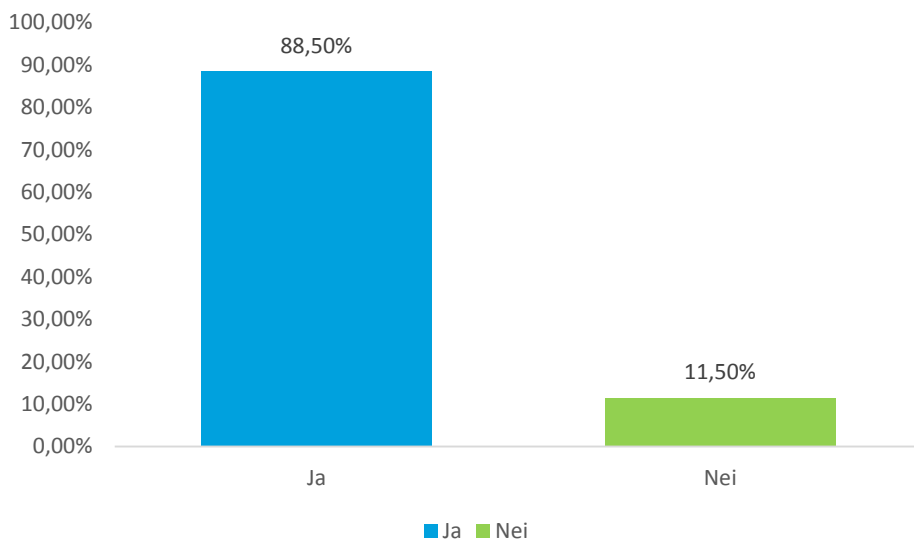
I dette kapittelet gjøres det rede for utviklingen i kommunene innenfor temaene organisering, forankring, samarbeid, kompetanse og iverksatte tiltak. Funnene som presenteres er hovedsakelig basert på spørreundersøkelsene som er gjennomført ved ulike tidspunkter i forsøksperioden.

3.1 Organisering av Modellkommuneforsøket i kommunene

3.1.1 Fortsatt prosjektorganisering

I spørreundersøkelsen ble modellkommunene bedt om å svare på om Modellkommuneforsøket fremdeles er organisert som et prosjekt i egen kommune. Figuren under viser andelen som oppgir at Modellkommuneforsøket fremdeles er organisert/ ikke organisert som et prosjekt i kommunen.

Figur 1: Er Modellkommuneforsøket fremdeles organisert som et prosjekt i din kommune



Figuren viser at i 88,5% eller i 23 av kommunene er Modellkommuneforsøket fremdeles organisert som et prosjekt. Tilsvarende 11,5%, det vil si i 3 av kommunene, er ikke lenger Modellkommuneforsøket organisert som et prosjekt.

Samtlige kommuner (foruten tre kommuner som ikke har svart) har organisert prosjektet med en prosjektgruppe/arbeidsgruppe. Nærmest alle kommunene (unntatt tre kommuner som ikke har svart) har svart at de har organisert prosjektet med en styringsgruppe. Litt over halvparten av kommunene er organisert med underliggende arbeidsgrupper.

I løpet 2013/2014 melder 60,9% at det er gjort endringer på hvem som er ansvarlig for ledelsen av Modellkommuneforsøket og/eller omorganisert prosjektgruppe/arbeidsgruppe, styringsgruppe og/eller underliggende arbeidsgrupper. Andelen tilsvarende 39,1% melder at det ikke har vært

endringer i prosjektorganiseringen/ledelsen av Modellkommuneforsøket. Eksempler på endringer som er blitt gjort i prosjektorganiseringen for Modellkommuneforsøket er:

- Reduksjon av/nye medlemmer i styringsgruppen
- Annen organisering av styringsgruppen
- Skifte av prosjektledere/modellkommunekoordinator
- Oppretting av arbeidsgruppe, samhandlingsteam

3.1.2 Involvering av nye instanser

Nær halvparten av kommunene som har svart at de har involvert andre instanser i prosjektorganiseringen. De utdypende svarene på dette spørsmålet viser at flere av kommunene har involvert instanser som:

- Familiesenter
- Rus- og psykisk helse
- Fysio- ergoterapitjenesten
- Støttetiltak for funksjonshemmede
- Veiledningsteam på skolene
- Koordinator for BTI
- SLT koordinator
- Oppvekstteam
- Ungdomskontakter/miljøarbeidertjenesten
- Rustjenestene
- Nav
- Fastleger

3.1.3 Endringer i organisering og samlokalisering

12 av 25 kommuner som svarte på dette spørsmålet i spørreundersøkelsen har foretatt organisasjonsendringer i løpet av 2013/2014 for å samordne tjenestene til målgruppen bedre. Det vil si siden 2012 har ytterligere 10 kommuner foretatt organisatoriske endringer. Resterende 13 kommuner av de 25 sier at de ikke har foretatt noen organisatoriske endringer.

Kommunene gir blant annet disse beskrivelsene av hvilke organisatoriske endringer som er foretatt i løpet av 2013/2014:

- Det opprettes nå en egen barne- og familieenhet for å videreutvikle samarbeidet på tvers av etatene (i denne vil Helsesøstertjenesten, PPT, Psykologtjenesten, Barnefysio- og ergoterapeutene og koordinator for familiesentrene inngå)
- Opprettet et tverrfaglig drøftingsteam
- Etablert en nettverksgruppe for gravide med fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier/helsesøster på frivilligsentralen
- I 2013 ble fagavdelingen Barn og familie opprettet og består nå av Helsesøstertjenesten, Barneverntjenesten, PPT, Psykologtjenesten og Flyktningetjenesten
- Følgende tjenester hadde felles leder: PPT, helsestasjon, jordmortjenesten, utekontakter og forebyggende team. PPT får nå navnet pedagogisk utviklingstjeneste og egen leder. Helsestasjonen får egen leder og her inngår nå jordmortjenesten, forebyggende tjenester og utekontakter. De nye lederne inngår i kommunalsjefens stab
- Barne- og familietjenesten i alle bydelene har samlet familiestøttende tiltak, metoder og brukerforløp i Familietiltak
- Barn- og Familieteamet ble samordnet og samlokalisert
- Barnevern, Familiesenter og Helsestasjon er organisert som Familiens Hus
- Helsestasjonen og Familieteamet er slått sammen, og laget til en forebyggende enhet. Vi har ansatt egen leder for denne tjenesten, samt ansatt kommune psykolog som hører til i forebyggende enhet, og som er prioritert tidlig innsats 0-6 år

På spørsmålet om kommunen i løpet 2013/2014 har samlokalisert tjenester for samordne tjenestene til målgruppen, svarer 10 av totalt 26 kommuner at de samlokalisert tjenestene sine.

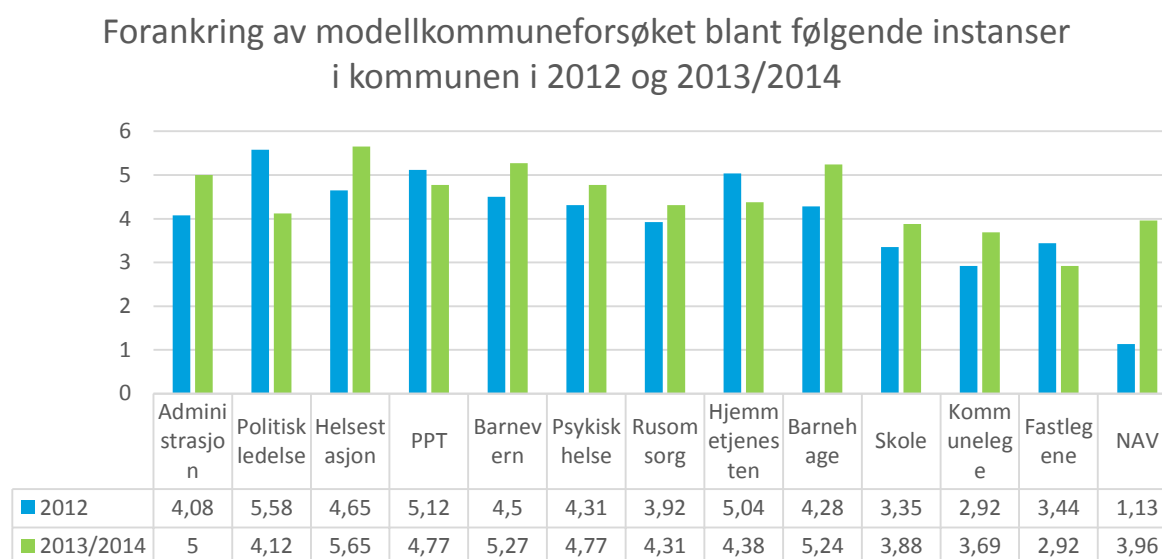
Kommunene gir blant annet disse beskrivelsene av hvilke tjenester som er samlokalisert i løpet av 2013/2014:

- Psykologtjenesten ble samlokalisert i 2013 og gir nå tilbud til gravide, spedbarn og småbarn, barn, ungdom og voksne
- PPT og spesialpedagogisk team ble samlokalisert fra august 2014
- Barne- og familietjenesten samlokaliserte alle som jobber med PPT, forebyggende barnevern, familietiltak og barnevernsadministrasjonen
- Modellkommuneforsøket, SLT og Familierådsatsningen i kommunen samlokalisert i etat for barn og familie
- Jordmortjenesten, helsesøstertjenesten, Barn- og Familieteamet samt PPT ble samlokalisert våren 2013
- Barnevern, helsestasjon og familiesenter er samlokalisert
- Rus, psykisk helse, familieteam, helsestasjonen og psykolog er i samme korridor

3.2 Forankring, informasjon og planarbeid

I spørreundersøkelsen ble modellkommunene i 2012 og i 2013/2014 bedt om å svare på hvor godt Modellkommuneforsøket er forankret hos ulike instanser. Figuren under viser andelen i 2012 sammenlignet med 2013/2014 som oppgir at Modellkommuneforsøket er forankret i mindre eller større grad i ulike kommunale instansene (score fra 1-6, hvor av 6 er i svært stor grad).

Figur 2: Forankring av forsøket i ulike instanser i kommunene



Figuren viser at Modellkommuneforsøket er best forankret hos helsestasjonen, barnevern, barnehage og administrasjon. Forankringen er dårligst hos kommunelegen/fastlegene, NAV og skolen. De fleste instansene har fått en bedre forankring enn i 2012. Instansene som ikke har en dårlig forankring, men redusert forankring i 2013/2014 sammenlignet med 2012, er politisk ledelse, PPT, og hjemmetjeneste. NAV er en av instansene som har hatt størst økning i forankring, men ligger allikevel blant instansene der Modellkommuneforsøket er dårligst forankret.

Modellkommuneforsøket kan være forankret hos flere instanser enn de som er vist i figuren. Andre instanser som Modellkommuneforsøket er forankret hos er:

- Familiesenter
- Psykologtjenesten

- Spesialpedagogisk team
- Lensmann
- Fysio- og ergoterapitjenesten
- Ambulansetjenesten
- Tannhelsetjenesten
- Flyktningteam
- Krisesenter
- Kultur, kommunale og frivillige organisasjoner

3.2.1 Spredning av informasjon

3.2.1.1 Informasjon til politisk ledelse

Politisk ledelse blir årlig informert om status for Modellkommuneforsøket i 88,5% av kommunene.

Oppgitt eksempler på hvordan kommunene informerer politisk ledelse er:

- Gjennom fremlegg i utvalgsmøter og politiske komiteer
- Gjennom politisk representasjon i styringsgruppen for Modellkommuneforsøket
- Gjennom årsrapport for forsøket, hvor status og planer legges fram
- Gjennom behandling av handlingsplaner hvor Modellkommuneforsøket nevnes (ruspolitisk handlingsplan, handlingsplan mot vold, plan for forebyggende arbeid, handlingsplan for psykisk helsearbeid mv.)
- Gjennom faste rapporteringer slik som resultatvurderinger fra enhetene, kommunens årsmelding og tekstdel i økonomiplan

3.2.1.2 Informasjon til faginstanser i kommunen

Samtlige modellkommuner har gitt informasjon om Modellkommuneforsøket til faginstanser i kommunen som møter barn/familier i målgruppen i løpet av 2013/2014 som i årene før. Dette dreier seg både om generell informasjon til mer «spisset» informasjon nedfelt i rutiner, planer og veiledere for samhandling og oppfølging om tiltak. Arenaer som benyttes for å spre denne informasjonen er etablerte samarbeidsarenaer mellom instansene, arrangerte fagdager, opplæringsprogram og kurs, faste leder- og personalmøter samt kommunens intranett og internett.

3.2.1.3 Informasjon til spesialisthelsetjenesten

23 av kommunene har informert samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten om arbeidet med Modellkommuneforsøket 2013/2014. Ut ifra de åpne svarene i spørreundersøkelsen ser det ut til at flere av kommunene har tatt initiativ til samarbeidsavtale med lokalsykehuset (BUP og DPS), hvilket innebærer formidling av informasjon gjennom felles tverrfaglig fora. Det ser ut til at barneansvarlig/barnekoordinator står sentralt i informasjonsutvekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

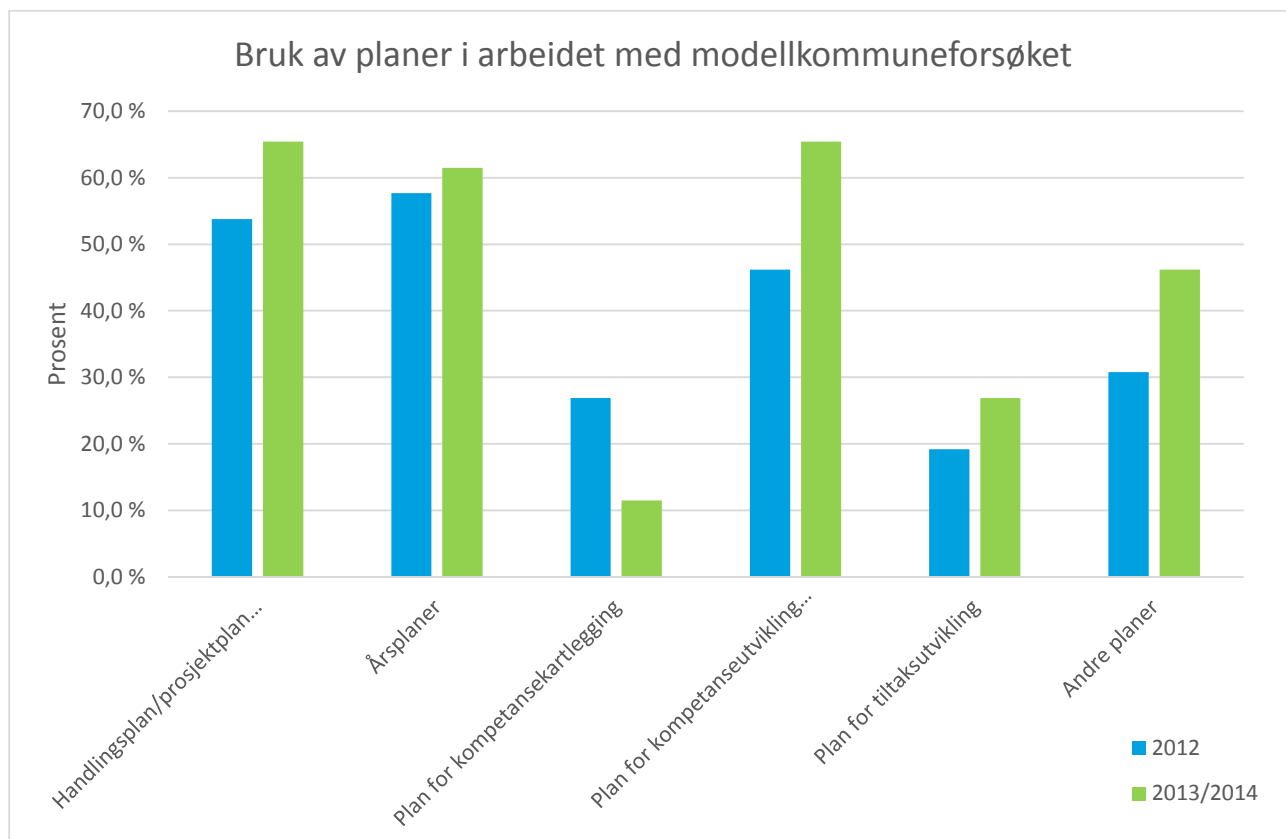
3.2.1.4 Informasjon til innbyggerne

20 av 26 kommuner har informert innbyggerne om hvilke tiltak som finnes for målgruppen i kommunen i løpet av 2013/2014. Denne informasjonen er gitt gjennom kommunens tjenester, hjemmesider, oppslag i lokalavisen, brosjyrer utarbeidet for spesielle tiltak og fagpersoners orientering (gitt i møte med brukergrupper eller enkeltbrukere).

3.2.2 Bruk av planer for å styre arbeidet med Modellkommuneforsøket

Figuren under viser hvilke planer kommunene bruker for styre arbeidet med Modellkommuneforsøket.

Figur 3: Bruk av planer i arbeidet



Flertallet av kommunene bruker handlingsplaner/prosjektplaner, planer for kompetanseutvikling og opplæring og årsplaner. Noen færre bruker andre planer og plan for tiltaksutvikling, mens et mindretall bruker plan for kompetansekartlegging.

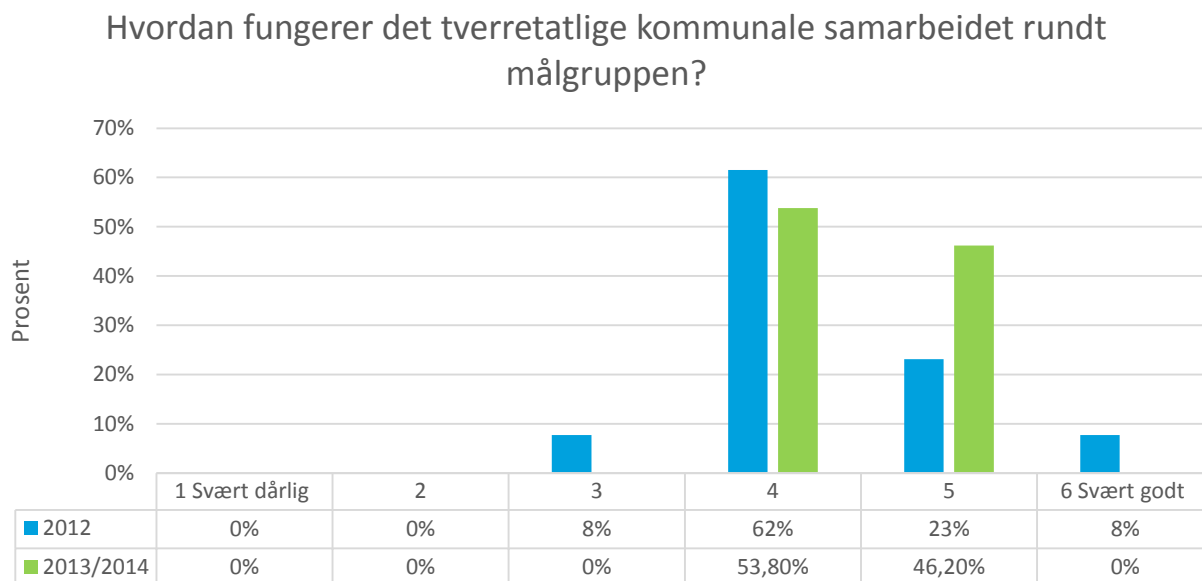
Andre planer i oppgitte eksempler kan være samfunns- og virksomhetsplaner, levekårsplaner og sektorplaner.

3.3 Samarbeid

3.3.1 Samarbeid internt i kommunen

Evalueringen fra 2013/2014 viser at det tverretatlige samarbeidet internt i kommunen fungerer bedre enn i 2012. Figuren under viser hvordan kommunene mener det tverretatlige kommunale samarbeidet fungerte i 2012 sammenlignet med hvordan det fungerer i 2013/2014.

Figur 4: Tverretatlig samarbeid rundt målgruppen



Som figuren viser, vurderer flertallet av kommunene at det tverretatlige kommunale samarbeidet rundt målgruppen fungerer godt.

3.3.2 Har det tverretatlige kommunale samarbeidet rundt målgruppen endret seg som følge av Modellkommuneforsøket?

Med unntak av én kommune, svarer alle modellkommunene i spørreundersøkelsen bekreftende til at det tverretatlige kommunale samarbeidet rundt målgruppen har endret seg som følge av Modellkommuneforsøket. Tilleggs kommentarene til dette spørsmålet er utdypende. Kommunene gir blant annet beskrivelser av hvordan det tverretatlige kommunale samarbeidet rundt målgruppen har endret seg:

- Det tverretatlige samarbeidet har endret seg både på individnivå og systemnivå. På systemnivå (virksomhetsledere) har vi blitt bedre kjent og fått utvidet vår forståelse for hverandre. De kompetansehevende tiltakene som har blitt gjennomført i Modellkommuneforsøket, har bidratt til å skape arenaer for de ansatte så de har blitt bedre kjent med hverandre og hverandres virksomhet som igjen har ført til bedre samarbeid i enkeltsaker.
- Det tverretatlige samarbeidet fungerer bedre
- Økt kunnskap og forståelse for hverandres oppgaver
- Felles fagdager har gitt en ny samarbeidsgiv - lavere terskel for å ta kontakt med andre faggrupper
- Nye instanser har fremstått som aktuelle bidragsyttere overfor målgruppa
- Felles kompetanseløft i de ulike avdelingene, som gir et felles "språk" i samarbeid rundt saker. Vi har større "mellomromskompetanse", større kjennskap til hverandre sine avdelinger, kunnskapsområde, kultur og tiltak.
- Fokus er flyttet fra sektor til bruker
- Det er opprettet nye tverretatlige samarbeidsarenaer rundt målgruppa
- Fått en «kultur for samhandling»
- Fått etablert tydelige forventinger til samhandling og rutiner for samhandling.
- Fokus på målgruppen har ført til en betydelig økning i antall meldinger til barneverntjenesten på barn i alderen 0-6 år
- Flere etater er samlokalisert
- Mer kunnskap om barn og unge i risiko

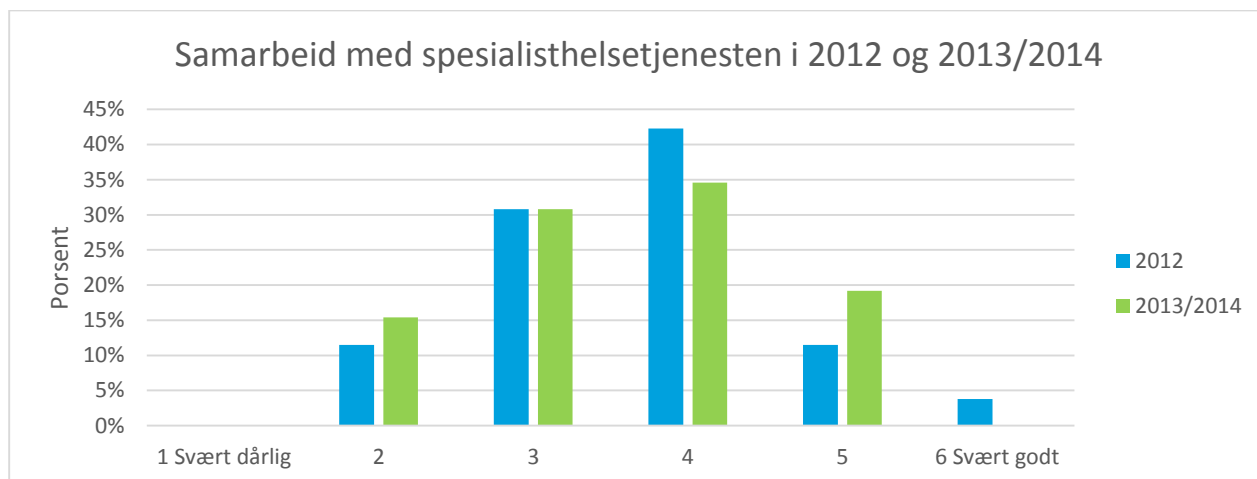
Forbedring i det tverretatlige samarbeidet gjelder særlig for barnehagene, barnevern og helsestasjon.

Det fremgår at samtlige modellkommuner nå har utarbeidet rutiner for det tverrfaglige samarbeidet rettet mot målgruppen.

3.3.3 Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er endret som følge av Modellkommuneforsøket

Også samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har endret seg som en følge av Modellkommuneforsøket, noe figuren under viser (score fra 1-6, hvor 1 er svært dårlig og 6 svært godt samarbeid).

Figur 5: Samarbeid med spesialisthelsetjenesten



I spørreundersøkelsen fra 2013/2014 vurderer 12 av de 26 kommunene at samarbeidet har endret seg som en følge av Modellkommuneforsøket. Flertallet av kommunene vurderer at samarbeidet med spesialisthelsetjenestene fungerer godt. Flere enn i 2012 vurderer i 2013/2014 at samarbeidet fungerer godt (karakter 5) enn karakter 4, men det er ingen i 2013/2014 som synes samarbeidet fungerer svært godt. Det er vanskelig å si hva som skyldes at ingen i 2013/2014 vurderer at samarbeidet fungerer svært godt, men de samarbeidende instansene ser at det stadig er rom for kontinuerlig forbedring av det tverrfaglige samarbeidet om målgruppen.

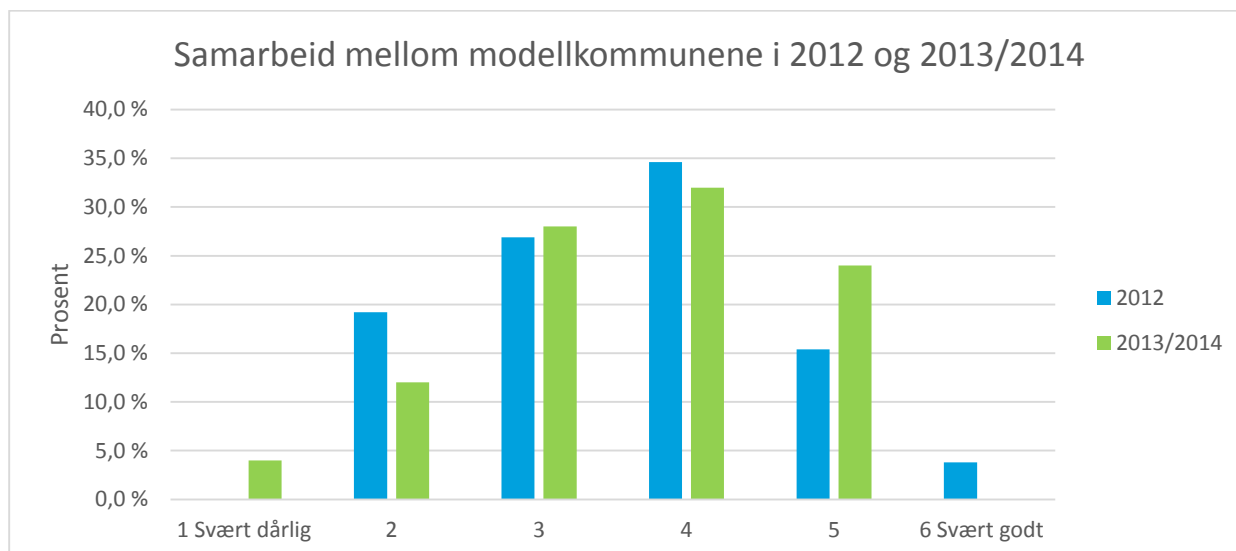
Av fritekst til svarene går det frem at samarbeidet har endret seg som en følge av:

- Tettere samarbeid med barneansvarlig ved lokalsykehuset og BUP
- Tettere, hyppigere dialog og samarbeid om utarbeidelse av felles rutiner og prosedyrer i faste etablerte samarbeidsarenaer
- Gjensidig tilbud om deltakelse på kursing og møtearenaer
- Kommunene får veiledning av spesialisthelsetjenesten

3.3.4 Samarbeid mellom modellkommunene

I spørreundersøkelsen fikk kommunene spørsmål om hvordan de vurderer samarbeidet mellom deltakerkommunene i Modellkommuneforsøket. Figuren under viser en positiv utvikling i retning bedre samarbeid mellom modellkommunene fra 2012 til 2013/2014.

Figur 6: Samarbeid mellom modellkommunene

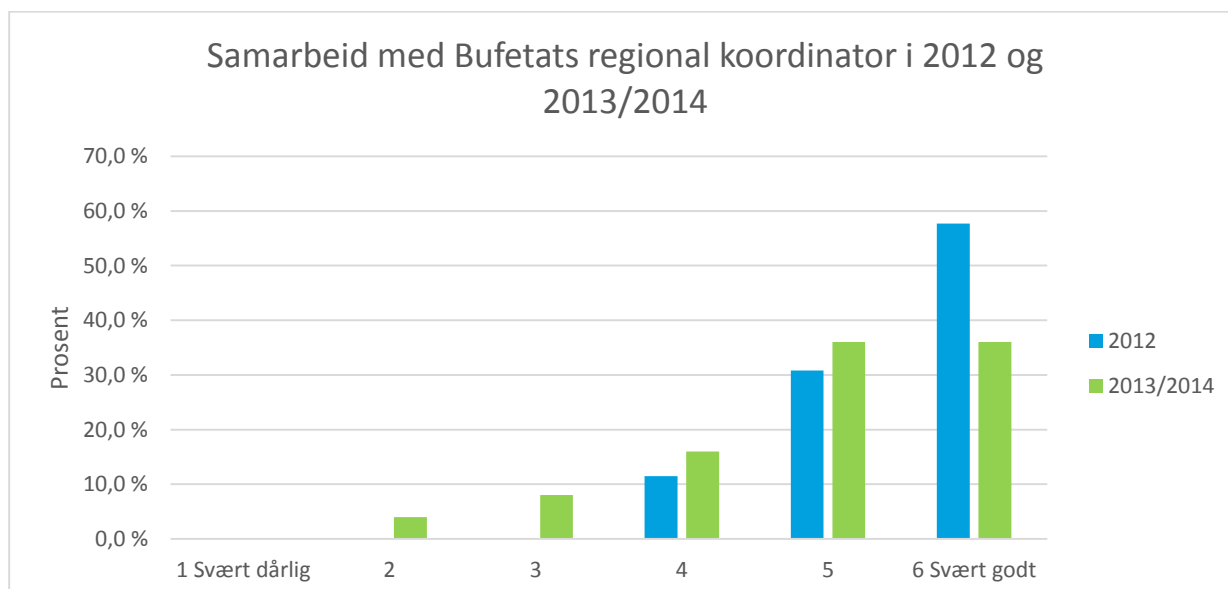


Svarfordelingen i 2013/2014 til forskjell fra 2012 tyder på at flertallet av kommunene vurderer at samarbeidet mellom modellkommunene imellom verken fungerer godt eller dårlig. Kommunene nevner at de har hatt mest samarbeid med andre kommuner fra samme region, og at dette ikke alltid har vært like relevant grunnet eksempelvis ulikheter i kommunestørrelse.

3.3.5 Samarbeid med Bufetat og betydningen av stimuleringsmidlene

Innenfor rammene av Modellkommuneforsøket samarbeider kommunene med flere instanser i Bufetat, blant annet regional koordinator. Kommunenes relasjon til koordinatorene er direkte knyttet til deres rolle som modellkommune. Figuren under viser kommunenes vurderingene av samarbeidet om Modellkommuneforsøket med Bufetats regionale koordinator i 2012 og 2013/2014.

Figur 7: Samarbeid med regional koordinator i Bufetat



De fleste kommunene mener samarbeidet med Bufetats regionale koordinator har fungert godt. Det er allikevel færre som mener at samarbeidet fungerer svært godt, karakter 6 i 2013/2014 enn i 2012. Samtidig vurderer flere at samarbeidet fungerer godt, karakter 5 i 2013/2014 enn i 2012.

I beskrivelser av den regionale koordinatoren virker de aller fleste fornøyde med sin regionale koordinator, og kommenterer følgende:

- Regional koordinator har deltatt på mange ulike måter og nivå i organisasjonene: i arbeidsgruppa, i styringsgruppa, som veileder for et tiltak, som kursholder og som prosessveileder for oss.
- Regional koordinator har vært fin å ha til regionale samlinger, og for å få til et faglig program
- Regional koordinator har vært en god støtte og inspirator for videre fremdrift i prosjektet. Det har vært helt avgjørende å ha en koordinator for å komme videre i prosjektet

Kommuner som har vurdert at samarbeidet med regionale koordinatoren ikke har fungert godt kommenterer følgende:

- Regional koordinator har liten kompetanse om målgruppen og prosjektet/mandatet ved prosjektet i oppstartsfasen
- Det har vært relativt lite kontakt mellom kommunen og regional koordinator, spesielt i siste del av prosjektet
- Det har vært mange utskiftninger i prosjektlederrollen
- Kommunen selv har tatt lite initiativ til å benytte seg av den regionale koordinatoren

3.4 Kompetanse, kartlegging og registrering

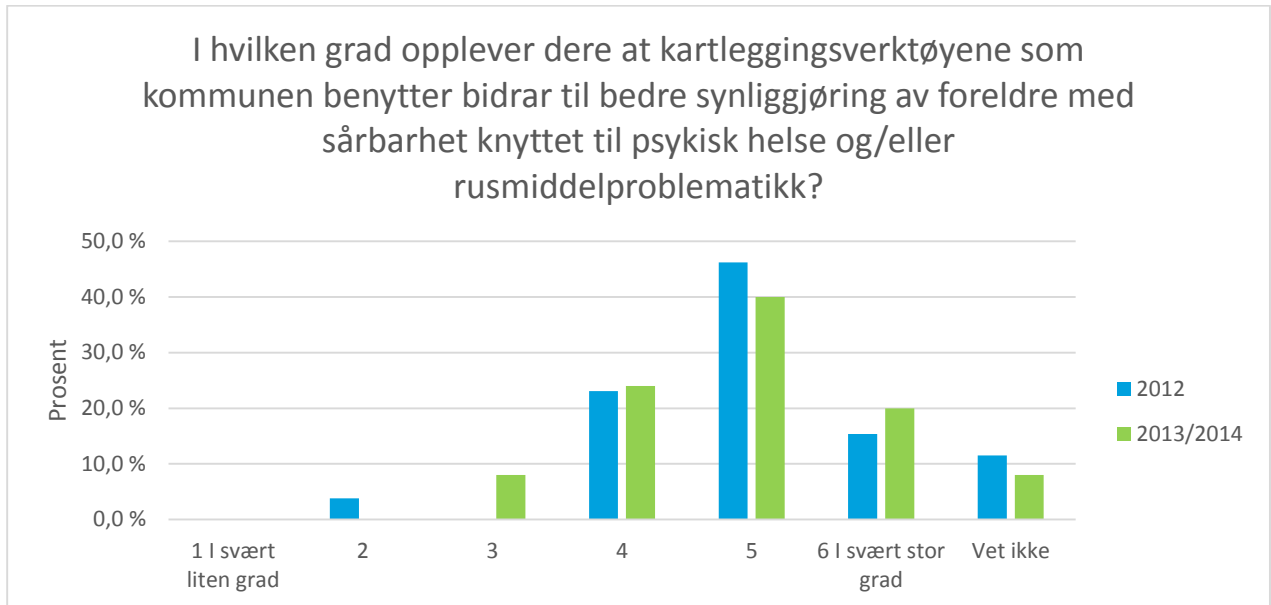
3.4.1 Bruken av kartleggingsverktøy

Over halvparten, det vil si 15 kommuner får veiledning i bruken av de nye kartleggingsverktøyene. Kartleggingsverktøy som er tatt i bruk i disse kommunene er:

- TWEAK
- EPDS,
- ASQ og ASQ-SE
- ASSB
- MI
- NBO – (Helsestasjon)
- Kvellomodellen, Språk 4, TRAS
- WMCI - working model of the child intervju - (Barneverntjenesten)
- Crowell- samspillsvurdering (Barneverntjenesten)
- Newborn behavioral Observation for jordmor, barnevern, fysio og kommunepsykolog
- Skjema for oppstartssamtale i barnehager, startamanese i PPT
- Barnevernet har fått opplæring i traumescreening (KATE-B, KATE-F)

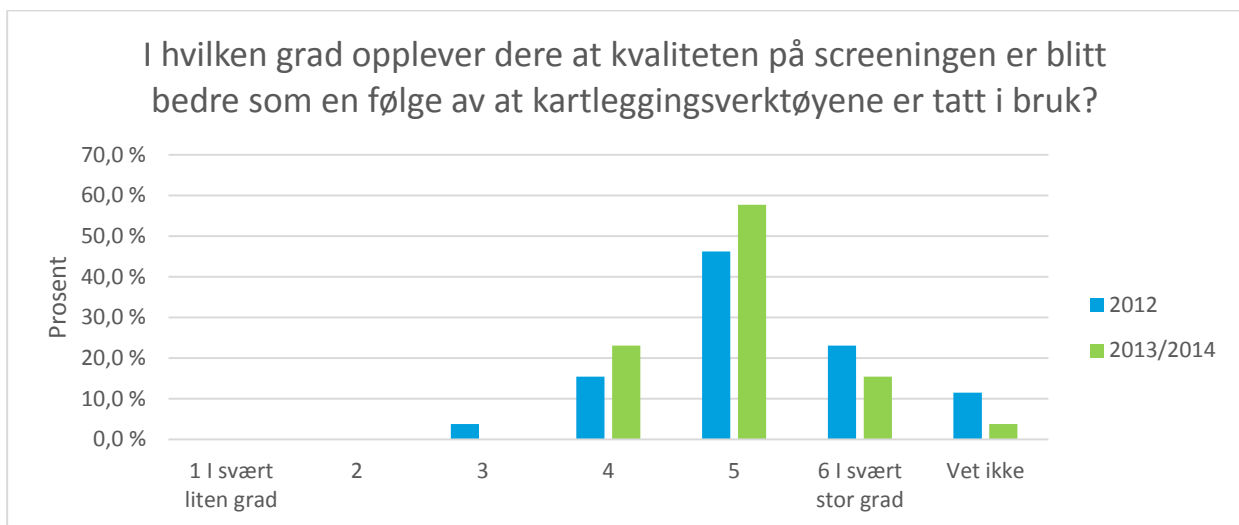
21 av kommunene mener at kartleggingsverktøyene kommunen har tatt i bruk som et ledd i Modellkommuneforsøket virker bra for synliggjøre foreldre med sårbarhet knyttet til psykisk helse og/eller rusmiddelproblematikk (har svart 4,5 eller 6 på spørsmålet). To av kommunene mener kartleggingsverktøyene fungerer gjennomsnittlig, mens to kommuner sier at de ikke vet hvordan kartleggingsverktøyene har virket inn (har svart «vet ikke»). Tilfredsheten med hvordan kartleggingsverktøyene har virket er fremdeles god, og har endret seg lite fra 2012 til 2014. Svarfordelingen fremkommer i figuren nedenfor.

Figur 8: Betydningen av kartleggingsverktøyene



25 av kommunene svarer i spørreundersøkelsen 2013/2014 at kvaliteten på screeningen er blitt bedre som følge av at verktøyene har blitt tatt i bruk (har svart 4,5 eller 6 på spørsmålet).

Figur 9: Kvalitet på screening



3.4.2 Videre opplæring og kompetanseheving

På spørsmål om kommunene har gjennomført opplæringen i henhold til Opplæringsprogrammet i løpet av 2013/2014, svarer halvparten at de har gjennomført dette. På spørsmålet om kommunene har planer om å gjennomføre (ytterligere) opplæring i henhold til Opplæringsprogrammet svarer også halvparten av kommunene at de ønsker å gjennomføre ytterligere opplæring.

På spørsmålet om hvilke av kommunens instanser det per i dag er størst behov for å styrke kompetansen hos, svarer kommunene følgende:

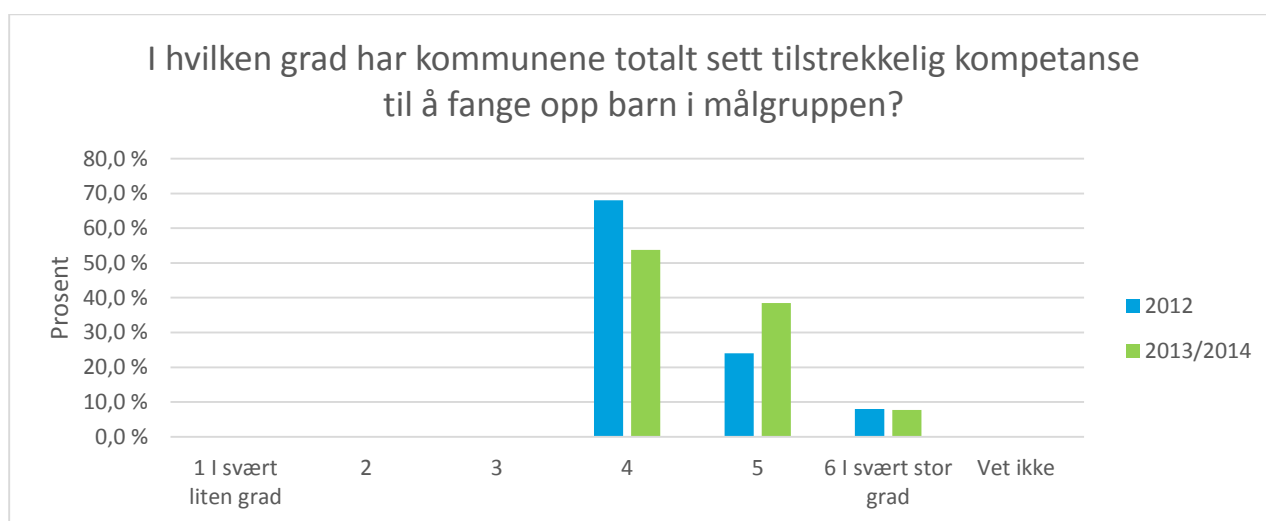
- Barnehage
- PPT
- Skole

- NAV
- Helsestasjon
- Fastleger
- Hjemmetjenesten
- Fysioterapitjenesten
- Voksentjenesten

3.4.3 Kommunens kompetanse på å fange opp og iverksette virksomme tiltak rettet mot barn/familier i målgruppen

Figuren nedenfor viser svarfordelingen på spørsmålet om kommune opplever at de totalt sett har tilstrekkelig kompetanse til å fange opp barn i målgruppen.

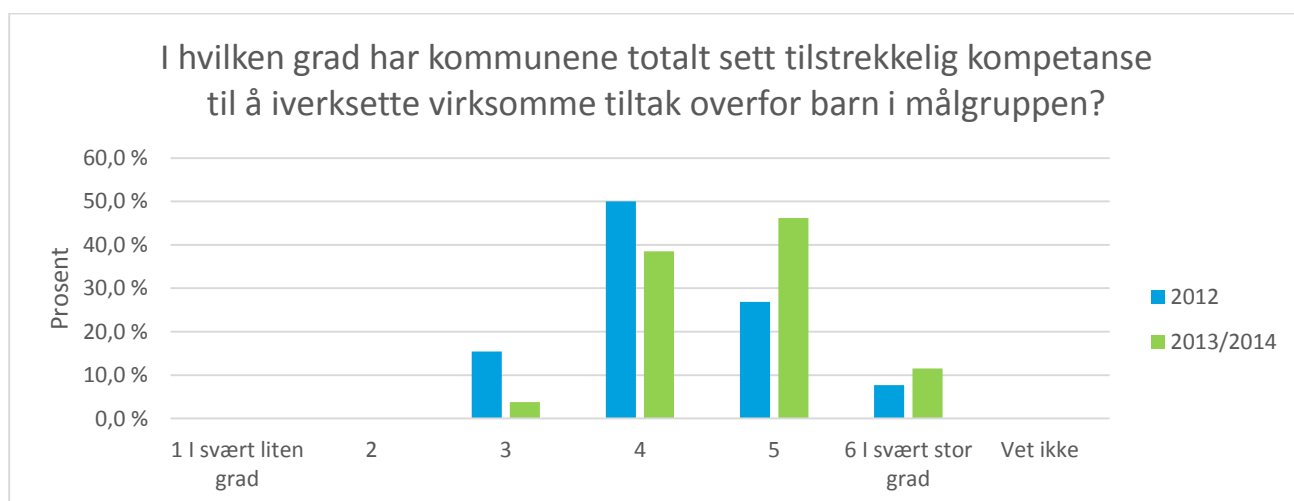
Figur 10: Kommunenes kompetanse til å fange opp barn i målgruppen



Det er flest som har svart 4, både i 2012 og i 2013/2014. Det er noen flere kommuner som har svart kategori 5 i 2013/2014, sammenlignet med 2012. Kommunene har altså bedre syn på egen kompetanse til å fange opp barn i målgruppen i 2013/2014 enn i 2012.

Figuren nedenfor viser svarfordelingen på spørsmålet om kommunene opplever at de totalt sett har tilstrekkelig kompetanse til å iverksette virksomme tiltak overfor barn i målgruppen.

Figur 11: Kommunenes kompetanse til å iverksette virksomme tiltak



I 2013/2014 svarer 25 kommuner at de totalt sett ser sin kompetanse som god til å iverksette tiltak overfor barn i målgruppen (ved svarkategori 4, 5 eller 6). Sammenlignet med 2012, har åtte flere kommuner svart i 2013/2014 at de er godt og/eller svært godt fornøyd med egen kompetanse (kategori 5 eller 6). Sett under ett er modellkommunene mer tilfredse med egen iverksettingskompetanse i 2013/2014, enn de var i 2012.

3.4.4 Registrering av barn i målgruppen

Evalueringen av modellkommunenes aktivitet viser at estimering og registrering av antallet barn/familier som kommunen treffer, fremdeles er en utfordring å få til. Årsaken til dette er knyttet til ulike fagprogram, ulike dokumentasjonskrav mellom ulike faginstanser, samtykke og taushetsplikt. Modellkommunene har også i den siste spørreundersøkelsen (2013/2014) uttrykt ønske om å etablere en felles registreringspraksis for å få mer systematisk kunnskap om målgruppen.

Evalueringen for 2013/2014 viser det samme som i 2012, at enkelte kommuner har presise, kvalitetssikrede tall på hvor mange barn/familier det arbeides med, og hvor mange av disse som var «nye» i 2013/2014. Flertallet av kommunene registrerer imidlertid ikke disse opplysningene.

På spørsmålet om hvordan kommunene estimerer antallet barn/familier de arbeider med, svarer de fleste kommunene at de har en form for registrering i hver tjeneste, og til dels oppsummerer registreringene i noen kommuner, men at det er ingen kommuner som har et system for felles registreringer som er i bruk per i dag.

3.5 Iverksatte tiltak i modellkommunene

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at 25 av modellkommunene har iverksatt konkrete tiltak mot barn/familier i målgruppa som en direkte følge av Modellkommuneforsøket. Kun én kommune svarer at det ikke har blitt iverksatt konkrete tiltak mot barn/familier i målgruppa som en direkte følge av Modellkommuneforsøket.

I evalueringen i 2012 ble kommunene bedt om å beskrive hvilke tiltak som var i igangsatt som en følge av Modellkommuneforsøket. Det samme spørsmålet ble stilt i evalueringen for 2013/2014. Tiltakene som trekkes fram av flest kommuner er de samme som ble trukket frem under evalueringen 2012:

- Innføring av ulike kartleggingsverktøy (EPDS, TWEAK og TI- Kvello nevnes spesielt)
- Utdanning av flere CoS- terapeuter
- Etablering/tilføring av flere stillinger, kommunepsykolog nevnes spesielt
- Ulike kurstilbud for barn og foreldre/foresatte
- Gruppetilbud for foreldre
- Tema psykisk helse og rus tatt inn i oppstartssamtaler og foreldresamtaler i barnehagene
- Systematisk veiledning til barnehager
- Etablering av stilling som barneansvarlig
- Felles samtykkeskjema for alle instanser
- Etablering av familieteam/barneteam
- Tverretatlige møter

Tiltakene mellom kommunene varierer fra å være omfattende tiltak som er mer tverretattlig sammensatt, til en rekke mindre tiltak. De fleste kommuner har litt av begge deler.

3.5.1 Nye tiltak

- Videreutvikling av modellen
- COS (circle of security) opplæring til foreldre i form av gruppetilbud.
- Kompetanseheving - Bryt voldsarven, LOS for ungdom / tett oppfølging av ungdom som sliter i skolen
- Innføring av kompetansepakker i barnehagen

- Hospiteringsordninger mellom barnevern og helsestasjon
- Opplæring av nye tjenester
- Oppstart av ulike typer team/nettverk (ressursteam, tiltaksråd/team og nettverksgrupper)

3.5.2 Alderstilpassede tiltak

13 av modellkommunene har prøvd ut alderstilpassede tiltak rettet mot barn i målgruppen, noe som representerer en reduksjon med tre kommuner fra 2012.

Blant de alderstilpassede tiltak som kommunene har prøvd ut er:

- Ulike mor- og barn- grupper, rettet inn mot barn i bestemte aldersgrupper og/eller mødre med en bestemt type problematikk
- Utvidet hjemmebesøk for aldersgruppen 0-2
- Forsterket helsestasjon
- Barnesamtalen, Barnas stasjon
- BAPP
- PMTO
- LOS
- NBO; samspel og tilknytning spedbarn og småbarn
- EPDS
- Zippys venner (1. til 4. trinn)
- God skolestart (5-6 år)
- PIS-grupper (skilsmissegrupper), sorggrupper
- SATS – spåkkartlegging for to- åringer på helstasjon
- SMIL (8.12 år)
- Marte Meo
- Samspillsveiledning
- CoS- grupper for unge mødre
- ICDP – veiledning i barselgrupper
- ASQ-se
- Marte Meo/PMTO
- Rusfri Start på livet; et forsterket helsestasjonstilbud til familier hvor det er eller har vært rusbekymring knyttet til foreldre (0-2 år)

21 kommuner har enten etablert, eller planlegger å etablere, tiltak for barn i målgruppen som går ut over seks års alder i 2013/2014. Dette er syv flere kommuner enn i 2012. Flere av tiltakene er nevnt ovenfor, og i tillegg kommer følgende tiltak:

- SLT- koordinator
- Etablering av kontaktpersoner i de ulike tjenestene
- Barne-/samtalegrupper for barn som pårørende
- Rutiner for overgang barnehage-skole
- Samtalegrupper for barn
- Veiledende støtteteam for alle barn og unge 0-18 år
- Tverrfaglige møter på skolene

3.5.3 Tiltak kommunen planlegger å iverksette etter 2013/2014

Samtlige kommuner har et ønske om å videreføre tiltakene som er igangsatt, og planlegger å iverksette de nye tiltakene som er planlagt om ikke allerede igangsatt. Kommunene planlegger det videre arbeidet med Modellkommuneforsøket i 2013/2014 slik:

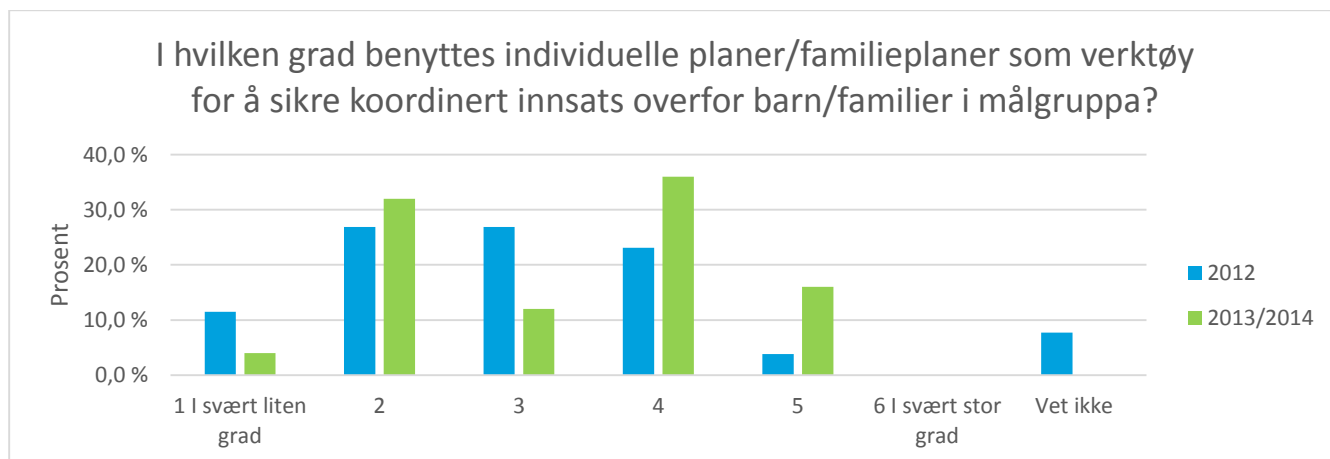
- Igangsatte tiltak må institusjonaliseres
- Fortsette å videreutvikle og følge opp tiltakene. Utvide modellen ytterligere.
- Jobbe med å vurdere med systemer og arenaer for samhandling i grensesnitt kommune og spesialisthelsetjeneste
- Fortsette arbeidsgrupper foreløpig en time per uke for å sikre satsningen

- Gi informasjon til involverte tjenester å sikre implementering samt gjennomføring av

3.5.4 Bruk av individuell plan/familieplaner

Bruken av individuell plan/familieplaner er et av tiltakene som ble etterspurt i spørreundersøkelsen. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan.¹³ En familieplan har samme status som en individuell plan, men omhandler koordinert innsats overfor hele familien. Det fremgår av svarfordelingen nedenfor at individuelle planer/familieplaner benyttes i større grad i 2013/2014, enn tilfellet var i 2012.

Figur 12: Bruk av individuell plan/familieplan



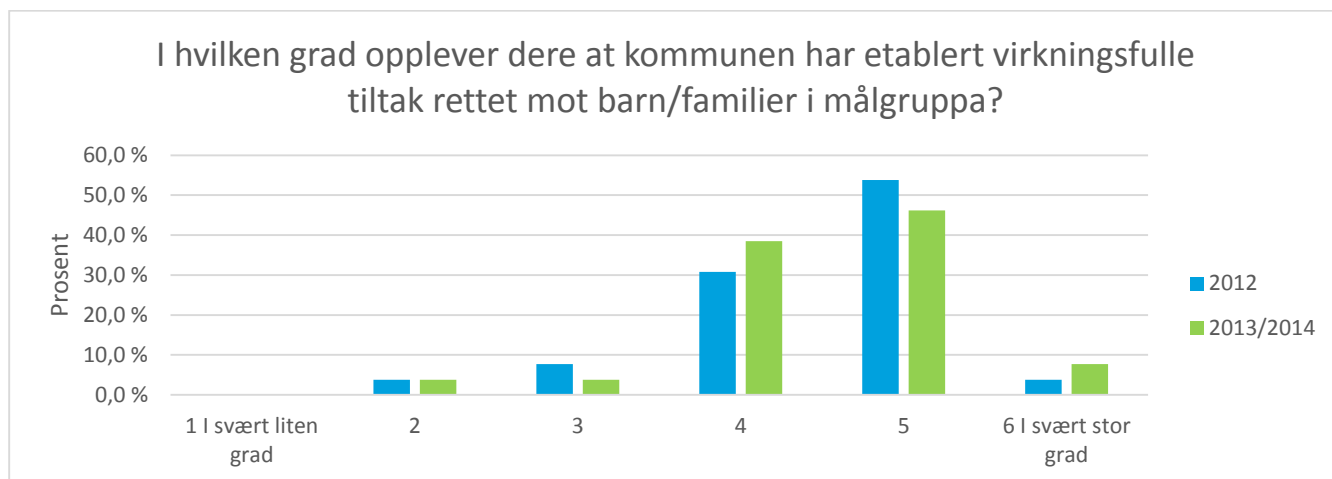
Til forskjell fra 2012 da flertallet av kommunene svarte at de i liten grad brukte individuell plan/familieplan for å sikre koordinert innsats overfor barn i målgruppen, viser tall fra 2013/2014 motsatt. Omtrent halvparten av kommunene svarer at de har tatt i bruk individuell plan/familieplan for å sikre koordinert innsats overfor barn/familier i målgruppen (svarkategori 4 og 5). Totalt 12 kommuner har svart at de i middels til liten grad brukte individuell plan/familieplan for å sikre koordinert innsats overfor barn i målgruppen. Vi ser likevel en utvikling ved at flere kommuner bruker individuell plan/familieplaner i 2013/2014 enn i 2012.

3.5.5 Virkningsfulle tiltak

På spørsmål om man opplever at kommunen har etablert virkningsfulle tiltak rettet mot barn/familier i målgruppen, har 24 kommuner svart at de i stor grad opplever at tiltakene er virkningsfulle (svarkategori 4, 5 og 6). Det er kun to kommuner som svarer at de i mindre grad har etablert virkningsfulle tiltak. Sammenlignet med 2012 har det vært en økning i andelen som svarer «i stor grad» (svarkategori 5).

¹³ Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om individuell plan 2010. Barnevernlovens § 3-2a om plikt til å utarbeide individuell plan.

Figur 13: Etablering av virkningsfulle tiltak



På spørsmål om hva som er det mest virkningsfulle tiltaket kommunen har iverksatt, blir det vist til følgende tiltak:

- Kommunepsykolog
- Opstarts-/startsamtalet
- Familieråd, foreldreveiledningsprogram (ICDP, COS)
- BAPP
- Utvidet hjemmebesøk
- Ordning med kontaktpersoner
- Sammensatte ressurs/fag/tverrfaglig team, ansvarsgrupper
- Kompetansehevende program og tidlig innsats (Kvello)

3.5.6 Brukermedvirkning

På spørsmål i hvilken grad brukerne involveres i utvikling og evalueringen av tiltak, svarer 19 kommuner at de opplever i (svært) stor grad (kategori 4, 5, og 6) at brukere involveres i utvikling og evaluering av tiltakene. Det er bare syv kommuner som svarer at brukerne i middels til liten grad har vært involvert i utvikling og evaluering av tiltakene (kategori 1,2 og 3).

Kommunene viser til en rekke tiltak på hvordan brukerne involveres i utvikling og evaluering av tiltakene:

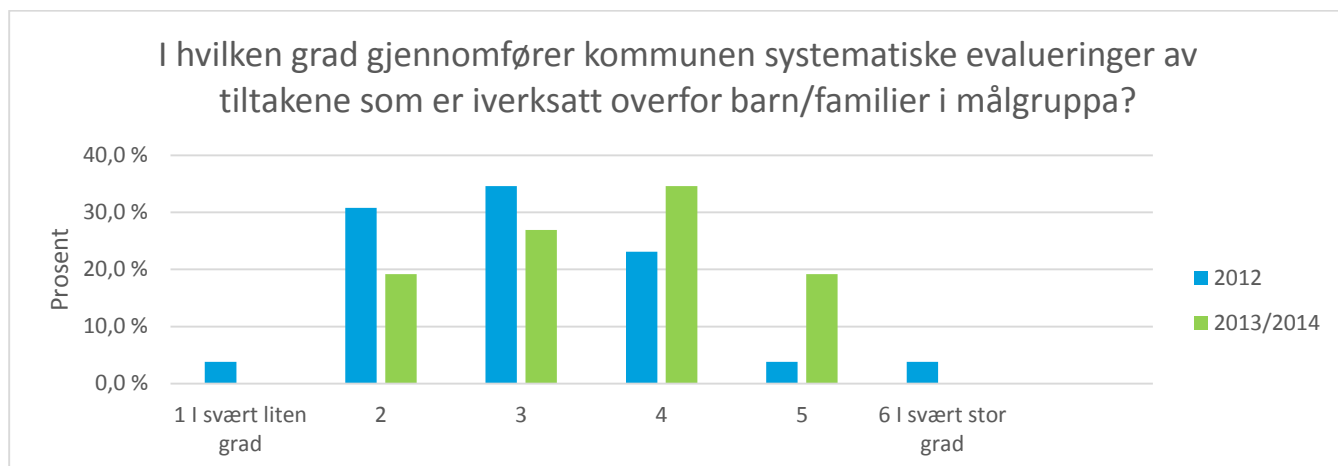
- Brukerne er med på å utforme tiltak med utgangspunkt i egen historie
- Familiene i målgruppa er alltid delaktig i utarbeidelse av individuell plan/tiltaksplaner (IP og SAMPRO), oppnevning av kontaktperson for barnet, valg av veiledningstilbud
- Brukerinvolvering gjennom samtaler, informasjon, samtykkeskjema, deltagelse i tverrfaglige team
- Gjennom stafettlogg blir brukerne (både barn og voksne) tatt med i planlegging og evaluering av tiltak
- Brukerrepresentanter i styringsgruppen
- Brukerorganisasjoner/-råd er involvert (i for eksempel i arbeids-/referansegruppene)
- Evaluering av tiltakene gjennom brukerundersøkelser, tverrfaglige møter og dybdeintervjuer

3.5.7 Evaluering av tiltak

Svarene fra spørreundersøkelsen viser at modellkommunene i større grad i 2013/2014 enn i 2012 gjennomfører systematiske evalueringer av iverksatte tiltak (kategori 4 og 5).

Svarfordelingen fremkommer i figuren nedenfor.

Figur 14: Evaluering av tiltak iverksatt overfor barn/familier i målgruppen



Nedenfor følger en oppsummering av hvordan tiltak er evaluert i flere av kommunene:

- Tiltakene evalueres i samarbeid med familie og samarbeidspartnere
- Evaluering tverretattlig og interne rutiner, prosedyrer og avtaler
- Tiltakene evalueres og oppsummeres i halvårsrapporter, årsrapporter og sluttrapporter
- Team og gruppetilbud evalueres (ofte etter tilbakemelding fra brukere)
- Evaluering av verktøyene ASQ, IP og EPDS

3.5.8 Barneansvarlig koordinator

Spesialisthelsetjenesten § 3 – 7a pålegger alle helseforetak å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell. I 2012 hadde kun åtte av modellkommunene etablert en funksjon som barneansvarlig koordinator i egen kommune. Etableringen av funksjonen med barneansvarlig koordinator synes i 2012 i liten grad å ha påvirket samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, eller mellom instanser som arbeider med målgruppa internt i kommunen i særlig grad.

I spørreundersøkelsen for 2013/2014 svarer 15% flere kommuner enn i 2012, at barneansvarlig koordinator er etablert en funksjon i kommunen. Kommunene svarer variert på hvorvidt funksjonen barneansvarlig koordinator fungerer og påvirker samarbeidet mellom instanser som arbeider med målgruppa internt i kommunen.

3.6 Samlet vurdering av modellkommunenes utvikling i perioden

I spørreundersøkelsen for 2013/2014, på spørsmål om i hvilken grad kommunen har utviklet en modell/flere modeller i henhold til Modellkommuneforsøkets hovedmålsettingen, svarer 24 av kommunene at de i stor grad har utviklet en modell/flere modeller. Kun to kommuner kommenterer at de til dels har utviklet en modell/flere modeller. I utviklingen av modellen(e) har kommunene vektlagt følgende elementer:

- Etablering av avtaler, rutiner, prosedyrer og arenaer for samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre instanser knyttet til målgruppen
- Utvikling av kartleggingsverktøy, utvikling av spesifikke tiltak rettet mot målgruppa og kompetanseutvikling som sikrer langsiktig oppfølging av barna og deres familier
- Utvikling av rutinebeskrivelser og oversikt over tilgjengelige tiltak mellom instanser, og på aktuelle kommunale intranett/nettsider

Flere kommuner mener at utviklingstiltakene har ført til tidligere innsats gjennom bedre samordning og samhandling om barn/familier i målgruppen, mellom enheter, og i kommunen for øvrig. Bedre samordning og samhandling om målgruppen har videre ført til et felles kompetansegrunnlag om verktøy og oppfølgingstiltak for barn/familier i målgruppen.

Tall fra spørreundersøkelsen 2013/2014 viser at modellkommunene har kommet lenger enn de var i 2012. En samlet vurdering av utviklingen og hva som har blitt bedre med tanke på modellkommunenes utvikling i perioden fra 2012 til 2014 følger nedenfor:

- Bedre forankring av Modellkommuneforsøket i, og mellom sentrale enheter, og mellom nivåene i kommunen.
- Flere kommuner har informert om status for Modellkommuneforsøket til politisk ledelse, faginstanser, samarbeidsparter i spesialisthelsetjenesten og innbyggerne i kommunen for øvrig, om hvilke tiltak som finnes for målgruppen.
- Større grad av tilfredshet om det tverrfaglige samarbeidet på ulike nivåer.
 - 12 av 26 kommuner svarer at samarbeidet har endret seg som en følge av Modellkommuneforsøket.
 - Samtlige modellkommuner har utarbeidet rutiner for det tverrfaglige samarbeidet rettet mot målgruppen.
 - 23 % flere av kommunene svarer at det tverretatlige samarbeidet fungerer bedre i 2014 enn i 2012.
 - 13 av kommunene mener samarbeidet med Bufetats regionale koordinator har fungert (svært) godt.
- Flere kommuner har utviklet gode rutiner for å ta i bruk verktøy for kartlegging av barn/familier i målgruppen, og kvaliteten på screeningen har blitt bedre.
 - 21 av kommunene mener at kartleggingsverktøyene kommunen har tatt i bruk som et ledd i Modellkommuneforsøket virker bra for synliggjøre foreldre med sårbarhet knyttet til psykisk helse og/eller rusmiddelproblematikk.
 - 25 av kommunene mener i spørreundersøkelsen fra 2013/2014 at kvaliteten på screeningen er blitt bedre som følge av at verktøyene har blitt tatt i bruk. I sum var kommunenes tilfredshet med kvaliteten på screeningen bedre i 2013/2014 enn i 2012.
 - Omtrent halvparten av kommunene har gjennomført opplæring i henhold til Opplæringsprogrammet. Omtrent halvparten ønsker å gjennomføre ytterligere opplæring.
 - Over halvparten av kommunene får veiledning i bruken av de nye kartleggingsverktøyene.
- Samtlige kommuner har utarbeidet tiltak og oppfølging av barn/familier i målgruppen, og samtlige kommuner ønsker å videreføre tiltakene som er igangsatt.
 - Tiltak mot barn/familier i målgruppa har blitt gjennomført som en direkte følge av Modellkommuneforsøket.
 - Tiltakene mellom kommunene varierer fra å være omfattende tiltak som er mer tverretatlig sammensatt, til en rekke mindre tiltak. De fleste kommuner har litt av begge deler.
 - 13 av modellkommunene har prøvd ut alderstilpassede tiltak rettet mot barn i målgruppen.
 - 21 kommuner har enten etablert, eller planlegger å etablere, tiltak for barn i målgruppen som går ut over seks års alder i 2013/2014. Dette er syv flere kommuner enn i 2012.
 - Samtlige kommuner har et ønske om å videreføre tiltakene som er igangsatt, og planlegger å iverksette de nye tiltakene som er planlagt om ikke allerede igangsatt.
 - 24 kommuner svarer at de i (svært) stor grad opplever at tiltakene er virkningsfulle. Sammenlignet med 2012 har det vært en økning i andelen som svarer «i stor grad» at tiltakene har vært virkningsfulle.
 - 19 kommuner svarer at de i (svært) stor grad opplever at brukere involveres i utvikling og evaluering av tiltakene.
 - I 2012/2014 svarer 23 % flere kommuner enn i 2012 at det i større grad gjennomføres evalueringer av tiltak som er iverksatt overfor barn/familier i målgruppen.

På spørsmålet om prosjektet tenkes videreført svarer 25 av kommunene at det foreligger en plan for videreføring av modellaktiviteten etter 2014.

Del IV: Modellutvikling

4. Modellkommunenes arbeid med å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig oppfølging

I henhold til formålet med Modellkommuneforsøket er modellkommunenes oppdrag å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler – fra graviditet til skolealder. Fra 2011 ble det avdekket ulike oppfatninger blant kommunene for hva det ville si å etablere gode modeller. På bakgrunn av ulike oppfatninger utviklet Deloitte et rammeverk for at kommunene enklere kunne beskrive sin status i modellutviklingsarbeidet. Med utgangspunkt i rammeverket ble det også enklere for evaluator å sammenligne kommunenes status i arbeidet med modellutviklingen. Med grunnlag i kunnskap om modellutvikling fra andre områder, og kjennskap til modellkommunenes organisering og arbeidsform, består rammeverket av tre nivåer og to dimensjoner (en seksfelts felttabell).

4.1 Hva er de sentrale elementene i modellen på de ulike nivåene

Nivåene henviser til de tre nivåene i kommunens organisasjon vi mener det må være aktivitet på for å kunne utvikle og implementere helhetlig modeller: kommunenivå, etatsnivå og individnivå. De to dimensjonene henviser til en kulturdimensjon og en strukturdimensjon. Med kulturdimensjonen mener vi prosesser, samspill og relasjoner som finner sted mellom menneskene som berøres av arbeidet med Modellkommuneforsøket (ledere, fagpersoner og brukere). Med strukturdimensjonen mener vi: formaliserte, nedfelte, dokumenterte rammer for arbeidet med Modellkommuneforsøket (styringsdokumenter, organisering, møtearenaer, rutiner og prosedyrer mv.). Sentrale dimensjoner på de tre nivåene skisseres i modellen under:

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none">• Forankring, oppslutning om modellen hos kommunens toppladelse	<ul style="list-style-type: none">• Politiske vedtak, overordnede administrative føringer• Ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer iverksettes
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none">• Samarbeidsklima - holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser• Informasjonsutveksling mellom faginstanser	<ul style="list-style-type: none">• Strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling. Møtearenaer.• Tverretatlige rutiner og prosedyrer.• Kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstanser• Tydelig forankring av ansvar i faginstanser
Individnivå	<ul style="list-style-type: none">• Samarbeid mellom enkeltmedarbeidere om det enkelte barn/den enkelte familie• Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy)• Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging	<ul style="list-style-type: none">• Rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy)• Rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging• Tiltaksutvikling i den enkelte tjeneste.• Forankring av ansvar i funksjoner (og ikke hos personer)

I hver rute av tabellen finnes noen stikkord for hva vi mener må være på plass på hvert nivå og langs hver dimensjon, for at kommunene skal kunne sies å ha en god modell for tidlig intervensjon og helhetlig, systematisk oppfølging.

4.1.1 Sentrale elementer på kommunenivå

Sentrale elementer på kommunenivå handler om følgende:

- Kulturdimensjonen beskriver i hvilken grad modellutviklingen/modellen er forankret og har fått en oppslutning blant toppledelsen i kommunen
- Strukturdimensjonen beskriver i hvilken grad modellutviklingen har blitt prioritert i budsjett og planer gjennom politiske vedtak og administrative føringer på kommunenivå

For å utvikle gode, helhetlige modeller er kommunene avhengig av at modellene forankres blant kommunens toppledelse. Dette for å få oppslutning om arbeidet som gjøres, slik at arbeidet kan nedfelles i gjeldende dokumenter, rutiner og prosedyrer for samhandling i og mellom kommunens tjenester.

4.1.2 Sentrale elementer på etatsnivå

Sentrale elementer på etatsnivå handler om følgende:

- Kulturdimensjonen beskriver i hvilken grad kommunene har etablerte et klima for samarbeid og informasjonsutveksling
- Strukturdimensjonen beskriver i hvilken grad kommunen har etablert strukturer (møtearenaer og tverrfaglige rutiner og prosedyrer) for tydeliggjøring av ansvar og kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstansene

En av forutsetningene for å utvikle gode, helhetlige modeller er tverretattlig samarbeid kompetansedeling/heving om tiltak og oppfølging av målgruppen på tvers av tjenestene i kommunen.

4.1.3 Sentrale elementer på individnivå

Sentrale elementer på individnivå handler om følgende:

- Kulturdimensjonen beskriver i hvilken grad enkeltmedarbeidere i tjenestene samarbeider og gjør riktig bruk av rutiner og prosedyrer for identifisering og langsiktig oppfølging av målgruppen
- Strukturdimensjonen beskriver i hvilken grad den enkelte tjeneste og ansvarsfunksjon, har kartleggingsverktøy og gode nok rutiner for identifisere, kartlegge og følge opp målgruppen

Hver enkelt tjeneste og hver enkelt ansvarsfunksjon som arbeider med målgruppen har ansvar for å fange opp, iverksette og følge opp tiltak som gjøres ovenfor målgruppen. I de neste kapitlene presenteres kommunenes utviklede modeller med utgangspunkt i nevnte dimensjoner og nivåer. Beskrivelsene er samlet regionvis, og kommunene har selv vært involvert i utformingen av disse beskrivelsene.

5. Region Øst

5.1 Aurskog- Høland

«Sammen om barn» - er en modell for tverrfaglig samarbeid. Aurskog-Høland modellen er en interaktiv modell tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Modellen ble politisk vedtatt i 2009 og er forpliktende for ansatte i kommunen. Målgruppen i modellen er de yngste barna og deres foreldre/foresatte, og modellen beskriver hvordan ansatte i kommunen skal møte barn de lurer på. Videre sier modellen at ansatte som møter voksne skal ha med seg barneperspektivet i møte med foreldre/foresatte i vanskelige livssituasjoner. Alle instanser som yter tjenester til barn og deres foresatte i kommunen inngår i modellen og modellen beskriver ulike tilbud kommunen gir til barn og deres foresatte. Modellen skal være til hjelp i det tverrfaglige og forebyggende arbeidet rettet mot målgruppen. Det overordnede formålet med modellen er å bidra til å gi barna en trygg oppvekst samt gi barn og deres foreldre/foresatte en positiv opplevelse i møte med kommunen. Tanken med en interaktiv modell er at den skal være dynamisk, i stadig utvikling og forbedring.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> Styringsgruppe for arbeidet med modellutviklingen har vært kommunalsjefer, sektor for Oppvekst og utdanning og sektor for Helse og rehabilitering Familieperspektivet er vektlagt i modellen, og det har vært av stor betydning at arbeidet er forankret i begge sektorer. Fra å tenke at sektorene yter tjenester til ulike målgrupper, har kommunen i større grad enn tidligere lagt til grunn at alle tjenesteområder må involveres i arbeidet med å sikre barna en trygg oppvekst Bred forankring på kommunenivå har bidratt til at de ulike tjenesteområdene og tjenesteledere har kjent ansvar i arbeidet med å utvikle modellen Modellen er presentert for rådmannen og hennes ledergruppe og i politiske komiteer 	<ul style="list-style-type: none"> Kommunen var i gang med å arbeide fram Aurskog-Høland modellen da vi ble tatt med i Modellkommuneforsøket. Modellen beskriver en forpliktende tilnæringsmåte for alle ansatte i kommunen i møte med barn det er en bekymring om. Modellen ble politisk vedtatt i 2009 Kommunemodellen «Sammen om barn» har tatt denne opp i seg og bygger videre på tilnæringsmåten som her er beskrevet Den ferdigstilte modellen «sammen om barn» inngår i politisk vedtatte sektorplaner, og tiltak er synliggjort i økonomiplaner Modellen er lagt ut på kommunens hjemmeside: www.ahk.no/barn-og-skole/Sammen-om-barn/ Modellen er interaktiv og dermed et levende verktøy. Det er enkelt å legge inn justeringer/forbedringer under de enkelte elementene i modellen Arbeidet som beskrives i modellen evalueres og justeres i tverrfaglige og tverrsektorielle ledermøter Evalueringen inngår i tertialrapporteringer til kommunens ledelse
Sektornivå	<ul style="list-style-type: none"> Det har skjedd en endring i samarbeidsklimaet på tvers av de ulike tjenesteområdene i kommunen Sektorene forholder seg til ulike lovverk, og det gis ulike føringer via departementer og direktorater. De forskjellige sektorene har ofte ansatte med lik/beslektet utdanning og kompetanse, og det er lett å finne kulturforskjeller mellom de ulike tjenesteområdene. Resultatet av dette kan fort vise seg som uavklarte 	<ul style="list-style-type: none"> I kommunemodellen er det lagt inn en tverrfaglig lederarena der virksomhetsledere / tjenesteledere og koordinator møtes og driver arbeidet videre Koordinator sikrer at de rutine og prosedyrene som er lagt inn i modellen følges opp (evaluering, brukermedvirkning, rapportering og internkontroll)

	<p>forventninger til hverandre når det settes krav til tverrsektoriell og tverrfaglig samarbeid. Som en følge av dette kan barn og familier med hjelpebehov lett falle mellom flere stoler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektgruppa har bestått av ledere fra ulike tjenesteområder i begge sektorer. Dette har ført til at vi har staket en felles kurs på tvers av sektorene. Arbeidet med modellutviklingen har medført at vi har blitt bedre kjent med hverandre og sett styrken i at ledere med ulike ansvarsområder har samarbeidet om å utvikle tiltak for målgruppa • Samarbeidet på tvers har ført med seg bedre tjenester også til brukere utenfor målgruppa. Prosjektgruppemøtene har blitt en arena for informasjonsutveksling og relasjonsbygging på tvers av sektorene 	<ul style="list-style-type: none"> • Det utarbeides årlig en kompetanseplan for å sikre den tverrfaglige kompetansen • Kommunen har til hensikt å videreføre «Torgdag», en tverrfaglig møteplass der samarbeidsparter fra spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunale instanser og lokale samarbeidsparter inviteres inn. Formålet med «Torgdagen» er kompetansebygging, erfaringsutveksling og relasjonsbygging på tvers av tjenesteområder
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Den enkelte medarbeider har blitt tryggere på egen rolle og har mer kunnskap om andre som kan bistå. Modellutviklingen har bidratt til at det er bygd relasjoner på tvers av tjenester • Kommunen har nå mange tilbud til målgruppa der ansatte fra ulike tjenester samarbeider • Tidligere erfarte kommunen at tiltak som krevde tverrfaglig samarbeid ofte strandet da det var uklart hvor dette arbeidet skulle forankres. Hensyn til det enkelte tjenesteområdes lovpålagte oppgaver førte også til at forebyggende tiltak som krevde tverrfaglig samhandling stoppet opp • En modell for tidlig innsats gjør ansatte mer handlekraftige i møte med familier i målgruppa. Modellens forankring i vedtatte sektorplaner bidrar til å tydeliggjøre beslutningsgrunnlag og arbeidsmåter 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle ansatte skal følge tilnæringsmåten som er beskrevet i modellen (rød sirkel). Denne er utarbeidet i to versjoner, én for ansatte i møte med barn og én for ansatte i møte med foresatte • Helsestasjonen bruker kartleggingsverktøyet Edinburgh postnatal depresjonsskår (EPDS) for å oppdage mødre med depresjon etter fødsel • Viser til modellens innerste sirkel der følgende tiltak er beskrevet: <ul style="list-style-type: none"> • Forsterket helsestasjon • Familieoppfølgingsplan • Foreldreveiledning • Nettverksmøter • Samtalegrupper for barn og foreldre • Kurs til grupper av foreldre etter samlivsbrudd • Zippys venner • Virksomhetsleder i den enkelte tjeneste er ansvarlig for at tiltakene som ligger i modellen tas i bruk

5.2 Jevnaker

«Fra undring til handling – oppfølging av barn og unge i Jevnaker kommune». Jevnakers modell er implementert i kommunens forebyggende plan som et viktig arbeid i alle tjenester og instanser som jobber med barn og unge. Modellen er i prinsippet en handlingsveileder med følgende målsetninger; sikre at tidlig undring fører til handling fra alle som jobber med barn og unge i kommunen, sikre en forpliktende tilnæringsmåte for alle som jobber med barn, unge og deres foreldre/foresatte i kommunen. Modellen gir en beskrivelse av hvilke handlinger som skal gjøres i tilfeller hvor man undrer seg over et barn og består av fire trinn. Trinnene følges ut ifra alvorlighetsgrad og utvikling av situasjonen. Modellen skal videre sikre at oppfølgingen av barna og familien ikke er tilfeldig ut i fra hvilken tjeneste som oppdager barnet. Målgruppen inkluderer i utgangspunktet tre grupper; barn 0-6, barn, barn 0-18 og voksne (foreldre). Opprettingen av et tverrfaglig team som drøfter og følger opp saker med barn de undrer seg over står sentralt i arbeidet.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> Jevnaker kommunes toppledelse forventer at satsningen på modellkommunens hovedgruppe prioriteres, og rapporteres på. Det legges også til rette for samspill og strukturer for å møte dette både med de faginstansene vi har, og gjennom å søke til oss ny kompetanse. Det vises også igjennom kompetanseplan, og hva som satses på her. Både for de som arbeider med barna, og de som møter foreldrene 	<ul style="list-style-type: none"> Forebyggende plan er utarbeidet, og godkjent i kommunestyret høsten 2013. Her er modellkommune implementert som et viktig arbeid ut i alle tjenester. Plan og samfunn, oppvekst og læring, Helse og omsorg er alle involvert. Kommunal støtte til organisasjoner krever at de gjør seg kjent med Handlingsveilederen vår. Lederne har ansvar i forhold til ny ansatte, videre implementering og ikke minst å følge opp rapporteringen i forhold til barn man undrer seg over Ansvar for at modellen evalueres og at nødvendige justeringer iverksettes, ligger forankret på kommunalsjefs nivå, og tverrfaglig team i kommunen skal kontinuerlig følge denne prosessen
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> Gjennom de fora vi nå har etablert, og de strukturer som har kommet i kjølvannet av modellkommunearbeidet, erfares det at arbeidet blir mer helhetlig for både de vi møter og faginstansene, når vi ser på dette sammen. Gjennom kunnskap om hverandre, og hverandres tiltak vil vi lettere sammen kunne tilby riktige tiltak. Det gir også muligheter for utvikling av tiltak vi ikke har Informasjonsutveksling mellom faginstanser, gjør at vi hjelper de vi møter til å få færre å forholde seg til, og samtidig at ansvar fordeles bedre. Gjennom gode skjemaer og informasjon, er samtykke og informasjonsutveksling sjelden en utfordring 	<ul style="list-style-type: none"> Strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling er etablert gjennom et tverrfaglig fora for sammensatte saker, og et tilsvarende fora for tidlig innsats og lavterskel, for aldersgruppen 0-6 år Både samarbeidsarenaene, tverrfaglige fora og tjenestene har prosedyrer og rutiner for å møte målgruppa. Og gjennom modellkommunearbeidet er dette forankret felles i forebyggende plan, handlingsveileder og kartlegging gjennom felles samtalesirkel Kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstanser fanges og følges opp gjennom tverrfaglig team som er representert av alle tjenestene som møter målgruppa Tydlig forankring av ansvar på tjeneste områdene, og i spesialisthelsetjeneste skjer også i tverrfaglig team
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> Samarbeid mellom enkeltmedarbeidere om det enkelte barn/den enkelte familie blir besluttet i enkeltsaker både i «tverrfaglig team» og i «samarbeid 0-6 år» gjennom egne utarbeidede Familieplaner med ansvarsfordeling, hvor også en tjeneste får koordineringsansvar. Her er den viktigste dimensjonen brukermedvirkning i slik forstand at relasjoner og brukernes ønsker vektlegges Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging, følges da igjen i forhold til et punkt i planen om oppfølging når tiltak endres, og også at tiltak evalueres etter et halvt år uavhengig av ståsted 	<ul style="list-style-type: none"> Rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy) har vært fokus både i de enkelte tjenester, men er også nedfelt felles i samtalesirkel og handlingsveileder, som hele kommunen er kjent med Rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging er nedfelt både i enkelttjenester og i forhold til oppfølgingen som tverrfaglig team har fått ansvar for Tiltaksutvikling i den enkelte tjeneste vektlegges i et tett samarbeid mellom kommunalsjefer, virksomhetsledere og koordinatorene. Koordinatorene følger behovet i egen tjeneste, og tverrfaglig team har fokus på tverrfaglig kompetansedeling Forankring av ansvar i funksjoner (og ikke hos personer) kan fort bli en sårbar realitet i små kommuner. Vi tror Jevnaker gjennom å opparbeide seg en forebyggende enhet og tverrfaglig forankring på kommunalsjefs nivå vil kunne la dette arbeidet følge samarbeidsarenaer og funksjoner, fremfor personer

5.3 Lørenskog

«TILO – tidlig intervensjon, langsiktig oppfølging». Modellen til Lørenskog er en del av et allerede eksisterende arbeid i kommunen, TILO. TILO er integrert i Lørenskogs overordnede arbeidsmodell - tverrfaglig samarbeid. Modellen er et tverrfaglig samarbeidssystem for alle tjenestene som jobber med barn, unge og voksne med barn i kommunen. Målgruppen i modellen er alle barn fra 0 til 23 år, også det ufødte barnet. Gjennom TILO har kommunen laget en handlingsveileder for barn i risiko. Modellen er godt beskrevet i handlingsveilederen som et praktisk verktøy som skal brukes av alle tjenestene som jobber med barn og unge. I tillegg til å følge opp barna, har kommunen også rettet oppmerksomheten mot foreldrene som en viktig del av modellen. Det overordnede formålet med modellen er at alle som vokser opp i kommunen skal bli «gangs» mennesker og bli i stand til å håndtere voksenlivet på en god måte.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Modellen er forankret både administrativt og politisk • Politikere og administrative ledere er engasjert i modellen • De har eierskap til arbeidet som drives gjennom det tverrfaglige samarbeidssystemet for barn og unge, herunder Modellkommuneforsøket 	<ul style="list-style-type: none"> • Modellen er godkjent i kommunestyret • Modellen er administrativt vedtatt i styringsgruppa for det tverrfaglige samarbeidssystemet for barn og unge • Modellen driftes gjennom kommunens tverrfaglige samarbeidssystem for barn og unge. Kommunaldirektørene for de ulike sektorene sitter i styringsgruppa • Ansvar for at modellen driftes, evalueres og justeres ligger til arbeidsutvalget i det tverrfaglige samarbeidssystemet som ledes av en koordinator • Virksomhetsledere for de involverte virksomhetene sitter i arbeidsutvalget
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Det er en forutsetning for godt samarbeid at ansatte erkjenner at de ikke sitter alene med sannheten. Forutsetningene jobbes det aktivt med i alle sektorer og tjenester • Det er en tradisjon i Lørenskog kommune å jobbe tverretattlig, noe som gjenspeiler seg i ansattes holdninger og praksis • Hver enkelte tjeneste oppfordres til å ha punktet tverrfaglig samarbeid på agendaen i sine personalmøter 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen har et tverrfaglig samarbeidssystem med vedtatte møteplasser som ivaretar kommunes satsninger rettet mot barn og unge • Hver tjeneste er forpliktet til å delta i samarbeidet rundt barn og unge • Kommunen har følgende beskrevne rutiner og prosedyrer for tverrfaglig samarbeid: <ul style="list-style-type: none"> ○ Overordnet beskrivelse av Lørenskog kommunes tverrfaglige samarbeidssystem ○ Metodebok for tverrfaglig samarbeidssystem, inkludert Modellkommuneforsøket • Vi har innføringskurs for nyansatte to ganger i året • Vi har årlig fagseminar for ansatte på tvers av sektorer <ul style="list-style-type: none"> ○ Verkstedseminar ○ Oppvekstkongress
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Kommuner som tar barna på alvor jobber med foreldrene. Dette er forankret i det tverrfaglige samarbeidssystemet for barn og unge • Vi har alltid med foreldrene i møter som gjelder barna deres • Besvarelsen på etatsnivå gjelder også på individnivå • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for identifisering sikres gjennom den ansattes ansvarsområde • Ansvarsområdet er beskrevet og definert i metodebok for tverrfaglig samarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> • For å identifisere og oppdage barn i risiko brukes flere typer kartleggingsskjema, loggbok, ulike observasjonsskjema og ansattes høye kompetanse • Kommunen har tverrfaglige møter med foresatte på alle helsestasjoner, barnehager og skoler: <ul style="list-style-type: none"> ○ Med faste deltagere ○ Til faste tider ○ Med fast struktur • I det tverrfaglige møtet kommer man sammen med foreldrene fram til tiltak. Tiltakene blir ført i en handlingsplan med forpliktende oppfølging

		<ul style="list-style-type: none"> • Ved langsiktig oppfølging av barn i modellkommunemålgruppen, opprettes ansvarsgruppe rundt familien • Tiltaksutvikling i de ulike tjenester: • EPDS, ASQ/ASQSE, COS (individuelt og i gruppe), PMTO (individuelt og i gruppe) og psykisk helsehjelp • Det tverrfaglige samarbeidssystemet forankrer og ansvarlig gjør de ulike ansatte i sine roller
--	--	---

5.4 Skedsmo

«Fange opp – følge opp». Modellen til Skedsmo er en del av den tverrsektorielle samarbeidsmodellen SMABUS som har eksistert siden 1999. I modellen "fange opp- følge opp" er det beskrevet hvordan virksomheter rettet både mot barn og voksne skal jobbe. Fokus er på å fange opp, samarbeide og intervensere. Et viktig element i modellen er handlingsveilederen som skal styre det operative arbeidet for ansatte som er i kontakt med gravide og barn (0-6 år) i familier med rus, vold og/eller psykisk helseproblematikk. Den visuelle modellen viser hvem som gjør hva når barn i risiko skal fanges opp og følges opp – dette er både en oversikt over hvem som gjør hva og hvordan det gjøres (handlingsveilederen). I utviklingen av modellen har kommunen vektlagt kartlegging, utvikling av spesifikke tiltak rettet mot målgruppen og kompetanseutvikling.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • I forbindelse med lanseringen av modellen og handlingsveilederen arrangerte kommunene enn fagdag i Lillestrøm kulturhus med både interne og eksterne samarbeidspartnere, blant annet politikere og administrativ ledelse • Dette førte til en delt forståelse av at vi har et felles ansvar for barna i målgruppa 	<ul style="list-style-type: none"> • Den politiske ledelsen har i kommunestyret vedtatt satsing på tidlig intervensjon for barn i risiko, inkludert en 60 % koordinatorstilling • Samarbeid om barn og unge i Skedsmo kommune er vedtatt gjennom det interne samarbeidssystemet SAMBUS • Modellkommuneprosjektet er forankret i kommunenes administrative toppledelse, representert i en tverrsektoriell styringsgruppe.
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Undersøkelse blant ansatte i kommunen mener at den viktigste faktoren for å fange opp og følge opp er samarbeid på tvers. Mange føler eierskap til arbeid med barn i risiko, blant annet på grunn av jevnlig SAMBUS-kurs og «Handlingsveilederen» • Det er utfordringer når det gjelder på hvilken måte man skal sikre at samarbeidsavtalene fungerer etter hensikten • Kompetansetiltak på tvers har ført til flere felles arenaer for de ansatte i kontakt med målgruppa 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsgruppa har ansvar for kontinuerlig forbedringsarbeid, som vist i måldokumentet • Det finnes en rekke samarbeidsavtaler som regulerer samarbeidet og hvilken instans som har ansvar • Arbeidsgruppen jobber med å lage en kompetanseplan som skal deles mellom faginstanser • Kurs for ansatte som er i kontakt med barn og unge (SAMBUS-kurs)
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Det er lav terskel for å kontakte kollegaer om oppfølging av enkeltsaker, gjensidig forpliktet gjennom SAMBUS • Det jobbes med å sikre koordinering og lage rutiner som skal hindre at den langsiktige oppfølgingen ikke «glipper» (sikkerhetsnett). • Det finnes flere ansatte med videreutdanning på barns psykiske helse som danner en felles forståelse for egen og andres rolle i arbeid med barn i risiko 	<ul style="list-style-type: none"> • De ansatte har utfyllende kompetanse • Det er etablert rutiner og prosedyrer for å kartlegge barn i risiko, for eksempel på helsestasjonen (TWEAK og EPDS). • Prosjektet Tidlig intervensjon og Tvers team er implementert i barnehagene • Nyetablerte tiltak for målgruppa: forsterket helsestasjon, spedbarnsgruppe og småbarnsteam

	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatte som jobber med målgruppa har blitt bedre kjent gjennom tverrfaglig sammensatte fora 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvaret er forankret i funksjoner, og prosedyrer for koordinering ferdigstilles i 2014
--	---	---

5.5 Vestre Toten

«Sammen i undring rundt barnet» - fra mors graviditet til skolestart. Vestre Toten har et operativt fokus i sin modell med konkrete faglige råd og rutiner for hvordan kommunen skal arbeide på området. Modellen skal være interaktiv og ligge tilgjengelig på nett og sikre at ikke alle sitter på hver sin kant og jobber med sitt, på sin måte. Tverrfaglig oversikt, å nå ut bredt med informasjon og koordinering av videre tverrfaglig arbeid er vektlagt i modellen. Handlingsveilederen står sentralt og skal være en oppskrift med tverrfaglige tiltak for alle som jobber med målgruppen. Målgruppen er barn 0 til 6 år og foreldre, inkludert gravide. Veilederen skal videre være et redskap for å konkretisere og systematisere det de som jobber med målgruppen skal se etter, og hvordan denne kunnskapen skal føres over i tilrettelagte tiltak som gir den gravide, foreldrene og/eller barnet den hjelpen de trenger så tidlig som mulig. Det overordnede formålet med modellen er å få til samhandling mellom involverte instanser i kommunen, tilby et lavtersket tilbud til målgruppen og komme tidlig inn.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<p>Forankring og oppslutning om modellen hos kommunens toppledelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsesjef er prosjektansvarlig. • Utviklingen av modellen er tatt opp i rådmannens ledergruppe underveis i arbeidet • Politisk presentasjon og behandling i Utvalg for velferd og opplæring er gjennomført under utviklingen av modellen • Ledere av de involverte tjenestene sitter i styrings/prosjektgruppa 	<ul style="list-style-type: none"> • Politisk vedtak i kommunestyre er bestemt til jan/febr.2015 etter slutføring • Det er gitt overordnede føringer, og ledere skal sitte i styringsgruppe/prosjektgruppe • Denne organiseringen er forandret underveis etter erfaringer/evalueringer • Tjenestene skal følge opp de forskjellige tiltakene man kommer frem til i prosessen • Evaluering av modellen skal utføres høst 2014/vår 2015 • En opplæringsdag/oppfølgingsdag for alle tjenestene halv dag hvert år – vår • WEB modell tilgjengelig på Vestre Toten kommune sin hjemmeside, under fanen: «Sammen i undring rundt barnet»
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Vi har utviklet samarbeidsarenaer hvor det er muligheter for tverrfaglig samhandling (se tiltaksoversikten) • Vi diskuterer mellom tjenesteområdene: tverrfaglige metoder som verktøy ved siden av faglig utvikling internt • Vi har laget en handlingsveileder som «viser vei» inn til de forskjellige tjenester og tiltak • Vi har laget felles opplæringspakke til bruk i hver avdeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Justeringer utføres hele veien. Både mht. brukernes bruk av tiltakene, og tjenestenes tanker/evalueringer underveis i prosessen • Det er laget tverrfaglige rutiner som forsøkes gjøres kjent i organisasjonen både opp og ned. Ekstern informasjon og informasjon innad • Opplæring av kartleggingsmetoder • Kompetanse- og tiltaksutvikling mellom tjenesteområdene. Noe felles kompetanseheving, noe utveksling av kompetansetilbud på tvers av tjenestene, og noe kompetanseoverføring fra en tjeneste til en annen • Kompetanseplan tverrfaglig – lage felles kurs • Opplæringspakke (power point) gjennomføres på hvert tjenesteområde årlig – hver høst (for nyansatte)
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Vi har prøvd å sikre en tverrfaglig tilnærming til familiens og 	<ul style="list-style-type: none"> • Brukermedvirkning: innspill på tiltakene, både i forkant av enkelte

	<p>forelderens/barnets, utfordringer gjennom fagdager og opplærings-tilbud i tjenestene med handlings-veilederen som utgangspunkt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusjoner på fagdager, men også info/diskusjon når et fagområde besøker et annet på interne møter. 	<p>tiltak og etter en periode med mulighet for bruk av tiltaket</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handlingsveileder med prosedyrer og retningslinjer, mandat og planer • Prosedyrer/EPL (ettpunktleksjon) for hvordan den enkelte fagperson går frem når de står i en sak med rus/psykisk/ psykososial utfordring eller vold • Drøftingsteam som veiledning når det er en tverrfaglig vinkling opp mot familien som helhet • Laget oversikt over kommunens eksisterende tiltak • Igangsatte tiltak for å hjelpe individet videre når kartlegging viser et behov.
--	--	--

6. Region Sør

6.1 Arendal

I Arendal kommune fremstår modellen som godt forankret i politisk og administrativ ledelse gjennom at arbeidet er forankret i Arendalsmodellen. Styringsgruppen har fått ansvar for å implementere modellen i aktuelle tjenester, og gjennomføre en evaluering av modellen i 2015. Modellen oppsummeres i veilederen «Vi ser – vi samhandler», der målet kan forstås å være å sikre best mulig løsning for barn og familien gjennom helhet og samhandling i kommunen. En pågående omorganisering i kommunen beskrives imidlertid å ført til noe utfordringer for arbeidsgruppen i prosjektet.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> Modellen er forankret i administrativ og politisk ledelse. Allikevel ser vi ulik prioritering av Modellkommuneprosjektet i de aktuelle tjenestene. Arbeidsgruppen mener at det blir en diskrepans mellom modellen slik den ble vedtatt og de praktiske konsekvenser som omorganisering 2014 vil få for modellen. Vi er bekymret for at spisskompetansen svekkes og at synligheten, tydeligheten og tilgjengeligheten vil reduseres for brukere og for samarbeidsparter i målgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> Modellen ble godkjent administrativt av rådmannen ved kommunalsjef for oppvekst 22.05.14, og politisk godkjent i Omsorgskomiteen 18.09.14. Modellen vil også bli presentert i Bystyret 27.11.14 som orienteringssak. Modellen igangsatt 01.06.14. Det har vært viktig for oss at styringsgruppen skal ha hovedansvaret for å sikre implementering i aktuelle tjenester, samtidig skal arbeidsgruppen være behjelpelig med selve gjennomføringen. Styringsgruppen har også ansvaret for gjennomføring av evaluering samt eventuelle justeringer av modellen våren 2015, samt å holde fagsamling med aktuelt stoff for involverte tjenester
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> Samarbeidsklima fungerer godt og konstruktivt på tvers av tjenestene. Arendal var tidlig ute i prosjektperioden med å knytte barne- og voksentjenestene sammen, og fokus holdes på familien som helhet. Dette ser vi har vært viktig både for å fange opp flere samt å gi mer tilpasset oppfølging jfr. handlingskjedene. Det har vært god informasjonsutveksling mellom tjenestene 	<ul style="list-style-type: none"> Det har vært avholdt ukentlige møter for arbeidsgruppen i arbeide med prosjektet,- utviklet planer for videre fremdrift /utvekslet aktuell informasjon for prosjektet. Møte en time pr uke vil fortsette i 2015. Viktig som møtearena for involverte tjenester, med høyt tenkning, drøftelser på fag, etikk, brukermedvirkning, utvekslet informasjon om tjenestene og deres tiltak for målgruppen. Det er utviklet rutiner innad i tjenestene, på tvers av tjenestene og på tvers av barne- og voksen-tjenestene jfr. "Handlingskjedene". Oppvekstteam samt Oppstartsamtale i barnehagene. Det har vært planlegging av kompetanse- og tiltaksutvikling i tjenestene og det har vært informasjon om aktuelle kurs/seminarer
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> Samarbeidet med det enkelte barn/den enkelte familie er mer preget av fokus på 	<ul style="list-style-type: none"> Jordmødre tok tidligere EPDS på alle, nå på indikasjon. Bruker nå Tweak på

	<p>hele familien. Vi er mer tydelige,- samtidig som vi fokuserer på anerkjennelse og brukermedvirkning. Vi kartegger mer og fanger opp flere i målgruppen ved bruk av kartleggings-verktøy og mer direkte spørsmål. Det brukes MI som metode av flere ansatte. Handlingskjeden viser rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging. Etter møter i Oppvekstteam blir det alltid definert en til to tjenester som følger barnet opp til skolestart</p>	<p>alle gravide,- også AAS skal nyttes. Helsesøstre bruker EPDS 6 på ukers kontroll. Barn- og Familieteamet bruker Frifotningen. Koordinator nytter også den ved forsamtale til Oppvekstteam. Andre tjenester bruker enkelte spørsmål fra kartleggingsverktøy. Miljøarbeidertjenesten og Psykisk sykepleietjenesten bruker nå KOR, skal også gå på mentaliseringsevne. Oppstartsamtaler i barnehagen blir viktig tiltak. Det er utviklet handlingskjede innen egen tjeneste og tverrfaglig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Når behov for langsiktig oppfølging for eks etter møte i Oppvekstteam,- defineres en –to tjenester som vil følge barnet frem til skolestart. Den enkelte tjeneste får økt kunnskap gjennom implementering av satsningen, inkludert drøftelser om tiltaksutvikling. Det ligger i utførelse av tjenesten dette å fokusere på familie, se barnet som pårørende, tenke oppfølging videre, evt tverrfaglig samarbeid. Bekymringsmld når det er påkrevd
--	--	--

6.2 Drammen

Barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Drammen kommunes modell er bygget opp rundt tre sentrale perspektiver: Et forebyggende, Et familie-/ systemisk og et tverrfaglig perspektiv. Det vektlegges at foreldreansvaret skal utøves til barnets beste. Et sentralt prinsipp er derfor å hjelpe foreldrene til å mestre dette ansvaret på en god måte. Ved å identifisere tegn og symptomer på et tidlig tidspunkt, være trygg på hvordan man skal snakke med foreldrene om dette, samt kjenne til rutiner og tiltak i ulike tjenester vil man lettere kunne forebygge alvorlig skjevutvikling og helseproblemer hos barnet. Modellen skal sikre god tverrfaglig og tverretattlig samhandling i arbeidet med barn i risiko. Dette forutsetter at det på en enkel og lettfattelig måte beskrives hvordan ulike virksomheter og tjenestenivå samhandler ved bekymring for et barn. Det innebærer videre at beskrivelse av rutiner til bruk i alle tjenester som arbeider med barn er lett tilgjengelig og kjent for kommunens ansatte. Brukermedvirkning innebærer at foreldrene skal ha reell mulighet til å delta i utvikling og evaluering av tiltak for barnet / familien. Barnet skal i takt med alder og modenhetsnivå ha rett til å bli hørt og gis mulighet til påvirkning. En grunnleggende forutsetning for brukermedvirkning er derfor at de som jobber med barn og familier har god kunnskap og kompetanse om hvordan man snakker med barn og foreldre om vanskelige tema.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<p>Forankring, oppslutning om modellen hos kommunens toppledelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tverretattlig samarbeid og Drammen kommune som én enhet ligger som en sterk føring fra både administrativ og politisk ledelse i kommunen • Modellens målsetting samsvarer med kommuneplanene i Drammen hvor det fremheves at kommunen i tillegg til å styrke det lovpålagte arbeidet ønsker å prioritere forebyggende arbeid. Her vektlegges også tverretattlig samarbeid og helhetlig oppfølging 	<p>Politiske vedtak, overordnede administrative føringer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunaldirektør er «eier» og er rådmanns representant • Søknad om deltagelse i modellkommuneprosjektet ble forankret hos rådmannen. Rådmannen har satt sammen en styringsgruppe for prosjektet. Styringsgruppa er gitt fullmakt til å beslutte modellen. Det rapporteres til kommunens administrative og politiske ledelse i forbindelse med tertialrapport og økonomiplan og årsbudsjett.

		<ul style="list-style-type: none"> • Drammen kommunes modell for arbeidet med risikoutsatte barn i aldersgruppa 0-6 år bygger på sentrale føringer nedfelt i kommunes planverk • I kommunens planverk fremheves det at solid kompetanse i tjenesteapparatet og gode tverrfaglige samarbeidsrutiner er vesentlige forutsetninger for utvikling av gode og målrettede forebyggende tiltak. Videre heter det at kommunens innsats overfor barn og unge med særskilte behov skal preges av tverrfaglig og tverretatlig arbeid med tanke på å utvikle en helhetlig oppfølging av den enkelte • Etablering av Tidlig inn team og bruk av handlingsveileder og trinnplan som verktøy for tidlig intervensjon og tverretatlig samhandling er besluttet på ledernivå i de virksomheter og fagavdelinger som arbeider med målgruppa – de voksne/pårørende <p>Ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer iverksettes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet implementeres i drift innen 01.01 2015. Ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer iverksettes legges til virksomhetsleder i <i>Senter For Oppvekst</i>. Det opprettes en samarbeidsarena for evaluering og eventuell justering av modellen. Her møtes ledere for <i>barnehage, psykisk helse, Senter for Rusforebygging og Senter For Oppvekst</i>. Med bakgrunn i rapportering fra <i>Tidlig inn teamet</i> foretas eventuelle justeringer
Etatsnivå	<p>Samarbeidsklima - holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser. Informasjonsutveksling mellom faginstanser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtykkeskjema åpner for at man kan utveksle informasjon mellom faginstanser og kompetanseutvikling på tvers av fag, etat og virksomhet har ført til at kulturen for samarbeid har utviklet seg til det bedre de senere årene. På samme måte har også tverretatlige ansvarsgrupper, tverretatlig samarbeid rundt etablering av tiltak og tverretatlige arenaer for informasjonsutveksling bidratt til bedre kultur for tverretatlig samhandling. • Drammen kommunes modell for håndtering av barn i risiko har som overordnet prinsipp at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Disse er bygget opp rundt tre sentrale perspektiver: Et forebyggende, -, Et familie-/ systemisk og et tverrfaglig perspektiv. • Modellens mål er at risikoutsatte barn skal identifiseres på et tidlig tidspunkt og nødvendig hjelp gis til rett tid. Dette innebærer at man i modellkommunearbeidet har vektlagt å utvikle en samordnet og forpliktende 	<p>Strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling. Møtearenaer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tverretatlige rutiner og prosedyrer • Samtykkeskjema for samhandling på tvers av fag og virksomhet. • Senter for oppvekst er allerede etablert som en samordnet virksomhet for barn og unge med behov for tjenester i regi av det kommunal forvaltning. Her er Barnevern, PPT, Tjeneste for funksjonshemmede barn og unge, og Helsestasjonene organisert under en felles ledelse. Virksomheten styrker nå det forebyggende arbeidet gjennom blant annet forsterket helsestasjon • <u>Oppfølging ved mistanke om rusmisbruk i svangerskapet.</u> Tigris er etablert som en tverrfaglig ressursgruppe med representanter fra barneverntjeneste, kommunale barnehager, jordmødre, helsesøstre, senter for rusforebygging og jordmor fra sykehuset. I regi av Tigris gir helsestasjonen i samarbeid med Senter for rusforebygging tilbud om oppfølging av gravide med rusproblemer under

	<p>arbeidsmodell. Det er videre vektlagt å gjennomføre tiltak for tverretattlig kompetanseheving. Bakgrunnen for dette er at man i arbeidet med å utvikle modell har vektlagt viktigheten av at alle som jobber med barn og barns pårørende har en felles forståelse av mulige risikofaktorer og symptomer. Videre anses det som viktig at man har felles standarder og rutiner for å intervensere og samarbeide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samlokalisering har lagt til rette for at ulike faggrupper har blitt bedre kjent og har utviklet felles kunnskap. Dette legger igjen grunnlag for bedre tverrfaglig samarbeid og samhandling 	<p>svangerskapet, etter fødsel og i barnets to første leveår.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Tidlig intervensjon ved bekymring for av barn i risiko 0-6 år.</u> I regi av modellkommunesatsingen er <i>Tidlig inn teamet</i> etablert. <i>Tidlig inn teamet</i> er et tverretattlig team bestående av representanter for PPT, barnevern, Psykisk helse, Senter for rusforebygging, barnehagene og helsestasjonene. Ved bekymring for et barn skal <i>Tidlig inn teamet</i> kontaktes dersom man er i tvil om videre saksgang eller ønsker en tverrfaglig drøfting. Det er også utarbeidet en veileder som blant gjennom en trinnplan beskriver saksgang og tverretattlig samhandling ved bekymring for et barn. Veilederen er implementert som verktøy i kommunens arbeid med barn i risiko <p>Kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstanser</p> <ul style="list-style-type: none"> • I løpet av modellkommuneperioden har det vært arrangert tverretattlige fagutviklingsseminar hvert år. Det er utarbeidet kompetanseplan som forutsettes anvendt også etter prosjektperioden. Ansvar for videreutvikling gjennomføring av kompetanseplan legges til <i>tidlig inn teamet</i> i samarbeid med lederteam. Her drøftes også tiltaksutvikling og eventuell justering av tiltak <p>Tydlig forankring av ansvar i faginstanser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kapittel 5 i handlingsveilederen <i>Tidlig inn</i> presenterer en trinnplan som beskriver hvordan man går fra bekymring til handling. Her beskrives blant den enkelte virksomhets ansvar for barn i risiko, samt hvem man skal kontakte på ulike trinn
Individnivå	<p>Samarbeid mellom enkeltmedarbeidere om det enkelte barn/den enkelte familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • I <i>Tidlig inn teamet</i> legges plattformen for tverretattlig samarbeid og langsiktig oppfølging av barn i risiko • Det opprettes tverrfaglig/ tverretattlig ansvarsgruppe rundt barn med behov for oppfølging fra flere instanser • Oppretting av tverretattlige arenaer rundt enkeltsaker har medført at kommunens ansatte har tradisjon og kultur for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid rundt barn i risiko • (En utfordring/risikofaktor knyttet til å løse enkeltsaker kan fortsatt være at økonomisk ansvar og tildeling av ressurser fortsatt ligger i de ulike virksomhetene /fagavdelingene. Dette kan fortsatt by på utfordringer) <p>Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for identifisering (inkl kartleggingsverktøy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handlingsveilederen <i>Tidlig inn til barnets beste</i> beskriver en helhetlig fremgangsmåte ved bekymring for et 	<p>Rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kartleggingsverktøy EPDS og Tweak anvendes i svangerskapsomsorgen og ved helsestasjonene • Handlingsveilederen <i>Tidlig inn til barnets beste</i> beskriver et utarbeidet med tanke på arbeid med bekymring for barn / familier på individnivå. Her beskrives både hva som kan gi grunnlag for bekymring, hvordan man kan konkretisere bekymringene og hvem som skal kontaktes på ulike nivå • <i>Tidlig inn teamet</i> bidrar til en tverrfaglig/ tverretattlig drøfting av den enkelte sak, og gir også konkrete råd på hvordan man skal gå videre for å sikre langsiktig oppfølging av saker hvor det er behov for langsiktige tiltak og oppfølging <p>Tiltaksutvikling i den enkelte tjeneste.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handlingsveilederen <i>Tidlig inn til barnets beste</i> inneholder oversikt

	<p>barn. Veilederen anvendes også som et praktisk verktøy og veiviser i arbeidet med å beskrive /kartlegge konkrete observasjoner som har gitt/gir grunnlag for bekymring. Det vurderes at konkrete verktøy og tverretatlige arenaer for kompetanseheving og samhandling bidrar til å utvikle vilje og tradisjon for tverretatlig samhandling for å utvikle tiltak rundt det enkelte barn.</p>	<p>over de ulike Virksomheter og organisasjoner som har aktuelle tiltak for målgruppa. Det forutsettes at dette vil bidra til at man i enkeltsaker lettere vil kunne tilby rett tiltak til rett tid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppretting av tverretatlig ledergruppe for implementering og videreføring av prosjektet vil bidra til videreutvikling/justering av tiltak
--	--	---

6.3 Mandal

Mandal kommune har i sitt forsøksarbeid tilstrebet å arbeide både på system- og individnivå. Det fremgår at forsøket har vært godt forankret på kommunenivå gjennom blant annet at kommunens toppledelse har vært representert i prosjektets styringsgruppe. Videre er det lagt vekt på å utvikle strukturer i form av Familiens hus, et tverrfaglig Barneteam og prosedyrepermen «Våg å se – våg å handle». Prosjektgruppen vurderer at forsøket har bidratt til en bred og felles kompetanseheving blant aktuelle tjenester i kommunen, og at dette har ført til en felles forståelse og tilnærming til hvordan tjenestene skal arbeide med tidlig innsats. Kompetansehevingen i barnehagene vurderes som særlig betydningsfull i kommunen. For øvrig vurderes det som noe utfordrende å skille mellom hva som har vært resultater av forsøket i seg selv og andre satsninger som har pågått i kommunen i forsøksperioden.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunens toppledelse er representert i styringsgruppe, og har sikret nødvendig forankring og engasjement i kommunens toppledelse • Rapporterer årlig i kvalitetsmeldingen som presenteres for bystyret ultimo november 	<ul style="list-style-type: none"> • Styringsgruppe for Modellkommuneforsøket opprettholdes etter endt prosjektperiode med halvårige møter for å sikre opprettholdelse og utvikling av etablert tiltak i kommunen som helhet
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsklima - holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser • Informasjonsutveksling mellom faginstanser 	<ul style="list-style-type: none"> • Familiens Hus – bv, helsestasjon, familiesenter. • Våg å se – våg å handle - prosedyreperm • Barneteamet • Barn som pårørende
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Modellkommuneforsøket har skapt arena for å bygge relasjoner for bedret samarbeidsklima. Det er ikke etablert noe i strukturdimensjonen for å ivareta den kulturen som er etablert i forsøket 	<ul style="list-style-type: none"> • Våg å se – våg å handle (barnehage) • Veileder ved bekymring for et barn (skole, nav, lege, tannlege) • EPDS (6 ukers) • TWEAK (jordmor) • AAS (jordmor – implementeres 2015) • Årlig samarbeidsmøte tannhelsetjeneste – barnevern / helsestasjon-tannhelsetjeneste

6.4 Vennesla

I Vennesla kommune er Modellkommuneforsøket forankret på et overordnet politisk nivå gjennom forankring i kommune- og økonomiplanen. Det er organisert formelle og mer uformelle samarbeidsarenaer mellom Enhet for barn og familie, Enhet for psykisk helse, barnehager og skoler. Det fremgår at Tidlig intervensjon er etablert som et felles satsningsområde for aktuelle tjenester i kommunen. Sentralt i modellen er «Fra uro til handling», som har som formål å sikre tidlig intervensjon ved en bekymring for barnets omsorgssituasjon, og tidlig igangsetting av rett tiltak.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Modellkommuneforsøket er politisk forankret på rådmannsnivå 	<ul style="list-style-type: none"> • Modellkommuneforsøket er nedfelt i kommune- og økonomiplanen • Ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer iverksettes er lagt til den aktuelle faginstansen i kommunen
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Modellkommuneforsøket er tydelig forankret innenfor ulike faginstanser • Vennesla har utarbeidet en samarbeidskultur og skriftlige rutiner for tverrfaglig samarbeid • Skriftlig samarbeidsavtaler mellom psykisk helse og enhet for barn og familie • Samtykkeskjema benyttes aktivt • Det er etablert felles møtearenaer • Tidlig intervensjon er etablert som felles satsningsområde 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er organisert faste samarbeidsmøter mellom Enhet for barn og familie, Enhet for psykisk helse, barnehager og skoler • Tverretatlige rutiner og prosedyrer evalueres fortløpende • Avvik meldes ved manglende oppfølging av prosedyrer • Satsningsområde er felles kompetanseheving og evaluering av tiltak på tvers av faginstanser • Det er tydelig forankring av ansvar i egen virksomhet
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid mellom enkeltmedarbeidere om det enkelte barn/den enkelte familie • Oppstartsmøte • Kartleggingsverktøy for tidlig identifisering av risikofaktorer • Bruk av rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er tatt i bruk kartleggingsverktøy, blant annet EDPS, AUDIT, Klemetsrudmodellen og Kvello-modellen • Utarbeidet rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging, ved bruk av ansvarsgrupper og individuell plan • Utvikling av tiltak og ansvar ligger hos den enkelte tjeneste og dets funksjon

7. Region Vest

7.1 Askøy

Askøy kommune har hatt en krevende prosess knyttet til utvikling av sin modell. I den første fasen av arbeidet ble det utviklet en modell for arbeidet, men denne ble av mange i kommunen oppfattet som utydelig og den ble derfor senere forkastet av kommunen. Kommunen «begynte» arbeidet med å utvikle modellen på nytt i 2013, og opplever nå at de har en modell som er godt forankret og som alle forstår. Sentrale elementer i modellen er ordningen med utvidet hjemmebesøk, bruk av EPDS som verktøy, og den økte satsingen på kartlegging og tidlig intervensjon i barnehagene. Kommunen har greid å løfte kompetanse generelt i tjenestene, og gitt helsesøstrene en økt legitimitet til å ta opp vanskelige ting i samtalene med foreldrene. Konsultasjonsteamet og Ressursteamet som kommunen har etablert er viktige arenaer for å spre kunnskap om hvordan avdekke og følge opp familier med særlige utfordringer. Det er nå en lavere terskel for å involvere andre i kommunene og de ansatte har blitt flinkere til å tenke på hvem som burde ha vært med i et samarbeid. En viktig lærdom fra Askøy kommune er at det kan ta tid å finne frem til en god modell som passer inn i kommunen.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet og modellen er godt forankret • Utvalg for oppvekst og levekår har fått halvårlig informasjon om prosjektet. De har vært positive og engasjerte ved disse presentasjoner • Prosjektet er også godt forankret hos kommunens øverste administrative ledelse med rådmann og fagsjefer. Disse sitter i styringsgruppen • De har underveis foretatt økonomiske prioriteringer som har styrket hjelpetjenestene til målgruppen i noen grad 	<ul style="list-style-type: none"> • I desember 2013 ble helhetlig modell lagt frem for Utvalg for oppvekst og levekår og det ble fattet vedtak om at modellen skal være gjeldende også i drift fra 2015 • Videreføring av satsingen mot målgruppen tas nå inn i kommunale planer som kommuneplanens samfunns del, temaplan for rus og psykisk helse, temaplan for barn og familie samt planer for barnehagene • Som en del av modellen er et dokument om internkontroll. Her fastsettes det at prosjektleder også i drift fra 2015 har ansvar for å samle leder gruppen slik at denne kan fortsette samarbeidet samt evaluere og videreutvikle modellen
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Ved evaluering og rapportering er tjenestene enige om at prosjektet har vært svært viktig for den positive utviklingen av samarbeidsklimaet mellom tjenester • Tjenestene er mer nysgjerrige på hverandre og har fått bedre kjennskap til hverandre – noe som vurderes å være viktige forutsetninger for et godt samarbeidsklima • Tjenestene inndrar i større grad hverandre i løsninger av utfordringer og videreutvikling av tjenester. • Det er utarbeidet felles samhandlingsprinsipper som skal bidra til å skape en kultur for samhandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er etablert møtearenaer for samarbeid og informasjonsutveksling. • Ledergruppen som har fungert som prosjektgruppe skal fortsette å ha hyppige møter også i 2015 for å følge modellen (se over) • En omorganisering i 2013 gjorde at fagavdelingen 'Barn og familie' ble opprettet. Denne organiseringen gjør at noen av hovedtjenestene i prosjektet (helsesøstertjenesten, barneverntjenesten PPT og psykolog) også i fremtiden har strukturelle forutsetninger for å videreutvikle samhandling og tiltak på tvers av tjenester • Det er opprettet tverrfaglige ressursteam i alle barnehager som håndterer saker både på individ og systemnivå

		<ul style="list-style-type: none"> • Ledergruppen i Barn og familie har etablert en arena der man kan ta opp saker som 'faller imellom' tjenestene, der det er uklart hvem som bør følge opp og gjøre hva • Det er etablert et tverrfaglig opplæringssteam som gjennomfører opplæringsprogram for pedagogiske ledere i alle barnehager • Det er utarbeidet handlingsveiledere for håndtering av bekymring for barn
<p>Individnivå</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En positiv utvikling i samhandlingskulturen rundt enkeltbarn og familie. Flere tenker på sitt ansvar som 'stafettholder' i samhandlingen og forsøker å involvere andre og 'holde fast' inntil andre tjenester eventuelt har overtatt ansvaret • Det er utarbeidet et felles samtykkeskjema til utveksling av informasjon • Tjenestene opplever at kartleggingsverktøy som EPDS og startsamtaler i barnehager har vært positive og nyttige. Tilbakemeldinger fra kvinnen og familien har også utelukkende vært positive • Vi har ønsket å ta i bruk den elektroniske stafettloggen, men denne er ikke ferdig for salg til kommuner. Derfor er det fortsatt uavklart hva det mest hensiktsmessige system for felles dokumentasjon av roller og ansvar er. Ikke alle familier i målgruppen, som det er et tverrfaglig samarbeid omkring, har eller skal ha individuell plan, der kommunen benytter samhandlingsverktøyet «Sampro» 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er etablert følgende rutiner for identifisering: <ul style="list-style-type: none"> ○ Livsstilsamtale hos jordmor og kriterier for tilbud om 'Utvidet hjemmebesøk' ○ EPDS - kartlegging på 6 ukers kontroll hos helsesøster ○ Startsamtale i alle barnehager, der spørsmål knyttet til identifisering av målgruppen er inkludert. ○ Startsamtale i Rus og psykisk helsetjeneste for voksne der det kartlegges og tjenestemottaker har omsorg for eller samvær med barn. ○ 'Oppstartsamtale' hos PPT som også inkluderer spørsmål som identifiserer målgruppen. • Det er utarbeidet samhandlingsprinsipper som skal sikre langsiktig oppfølging • Følgende tiltak til målgruppen er utviklet som en del av helhetlig modell: <ul style="list-style-type: none"> ○ Utvidet hjemmebesøk; oppfølging av helsesøster inntil barnets 2 års alder. Oppfølging ved hjemmebesøk med fokus på å styrke foreldreressurser og tilknytning. ○ COS veiledningsgrupper for foreldre ○ COS veiledning til barnehager ○ Støttesamtaler hos helsesøster ved behov etter EPDS - kartlegging ○ Oppfølging hos psykolog eller familieveileder • Mulighet for å iverksette 'Familieråd' som et tiltak utenom barneverntjenesten, for å styrke fokus på barnets behov og engasjere nettverket

7.2 Bergen

Bergen kommune har valgt å ha hovedfokus på Årstad som pilotbydel. Målgruppen for arbeidet i Modellkommuneforsøket har vært utsatte barn, fra svangerskap til skolealder, som lever med en ubalanse mellom beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer. Modellen skal utgjøre et rammeverk for presisering av ansatte og tjenester sitt ansvar på system-/individnivå. Satsningen i Årstad bydel oppleves å være godt forankret i lokal ledelse via ledernetverket i bydelen, med en tett link til etat for barn og familie. Barn- og unge nettverket i bydelen har vært viktig for arbeidet særlig med tanke på å kunne implementere arbeidet i tjenestene. Kommunen vil bruke erfaringene fra Modellkommuneforsøket videre innenfor rammen av SLT-arbeidet på kommunenivå. Det skal lages et mandat for hvordan arbeidet skal videreføres etter at forsøket er avsluttet.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<p>Forankring, oppslutning om modellen hos kommunens toppledelse</p> <ul style="list-style-type: none"> Til tross for at prosjektleder og arbeidsgruppe har etterlyst tydeligere forankring i kommunens toppledelse, blir MK's tema og målgruppe satt på dagsorden og gitt nødvendig fokus i relevante tjenester i kommunen Selve modellen er avgrenset til Årstad bydel, hvor forankringen er solid festet i ledernetverk for barn og unge 	<p>Politiske vedtak, overordnede administrative føringer</p> <ul style="list-style-type: none"> MK og spesielt dets tema/målgruppe er ofte omtalt i prioriteringsdebatter i administrativ og politisk ledelse. MK er senest omtalt i bystyresak vedrørende omorganisering av det spesialpedagogiske tilbudet i kommunen, herunder PPT. Her vises det til MK og ønsket om å implementere gode erfaringer fra forsøket til øvrige bydeler Ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer iverksettes Ansvar for forsøket og utarbeidelse av modell er delegert til ledergruppe i Årstad bydel, samt prosjektleder. For videreføring av arbeid med MK-tema og modelljusteringer etter 2014, deles ansvaret mellom Årstad bydel og etat for barn og familie
Etatsnivå	<p>Samarbeidsklima - holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser</p> <ul style="list-style-type: none"> Det tverrfaglige samarbeidet i Årstad oppleves som godt En suksessfaktor er langvarig fokus på å utvikle og vedlikeholde gode samarbeidsrelasjoner på systemnivå, som kan gi synergieffekter til samarbeid på individnivå Årlig tverrfaglig seminar må fremheves som et svært godt tiltak Ledergruppe i Årstad bydel (helsestasjon, barnevern, ppt, ergo-/fysio, BUP) har vært svært engasjerte i arbeid med å utvikle et godt samarbeid, gode kulturer og felles fokus på fag og kompetanseutvikling Gjennom tilfredshetsundersøkelse mellom samarbeidspartnere i kommunen, gjennomført i 2013, gis det god score på opplevde samarbeid mellom blant annet barneverntjeneste og helsestasjon Informasjonsutveksling mellom faginstanser Informasjonsutveksling på tvers vil alltid ha potensiale for forbedring, men strukturer og kultur i Årstad bydel har lagt til rette for en generelt god informasjonsutveksling på system- og saksnivå Noen avvik har forekommet, som blant annet kan begrunnes i rutinesvikt og ressursutfordringer 	<p>Strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling. Møtearenaer.</p> <ul style="list-style-type: none"> Årlig todagers tverrfaglig seminar med fokus på samarbeid, felles fagutvikling og informasjonsutveksling Tverrfaglig ledergruppe med samme fokus Tverrfaglig konsultasjonsteam; vold/overgrep Områdegrupper; tverrfaglige fora for barnehager og samarbeidspartnere. Tverrfaglig team; tverrfaglige fora for skoler og samarbeidspartnere, SLT-fora Ansvarsgrupper, individuell plan Ad-hoc samarbeidsstrukturer og informasjonsutveksling mellom tjenestene etter behov og anmodning Tverretatlige rutiner og prosedyrer. Kun noen nevnes her: <ul style="list-style-type: none"> Barnehage som barnevernstiltak Oppstartsamtales; møte mellom melder, familie og barneverntjeneste når barnevernet har besluttet undersøkelse Startsamtales; barnehage – foreldre Barn som pårørende Forebygging av skader hos ufødte barn på grunn av rusbruk i graviditeten

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Sosialtjenestens ansvar i møte med gravide som misbruker rusmidler ○ Oppfølging av gravide der vold eller mistanke om vold er tilfelle ○ Diverse samarbeidsrutiner. • Kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstanser. Flere avsluttede, pågående og planlagte aktiviteter knyttet til tidlig innsats, utsatte barn og unge, barn som pårørende, kartlegging og iverksetting av tiltak m.m. • Tydelig forankring av ansvar i faginstanser • Forankring tydeliggjøres blant annet gjennom økonomiplan og oppdragsnotat/styringskort fra tjenestenes respektive byrådsavdelinger. Herunder fremkommer tema knyttet til MK's målgruppe.
<p>Individnivå</p>	<p>Samarbeid mellom enkeltmedarbeidere om det enkelte barn/den enkelte familie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tjenestene har stort fokus på brukermedvirkning og samarbeid med familiene. I tidligere brukerundersøkelser scorer tjenestene høyt på tilfredshet i samarbeid. • Tjenestene kompetanseheves blant annet i forhold til brukermedvirkning og samarbeid på individnivå, herunder Familieråd, barnesamtalen, MI m.m. • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy) • Kartleggingsverktøy og annen metodikk benyttes i dialog med barn/familier for å avdekke behov for oppfølging, herunder TWEAK, Startsamtaalen, Kvello m.m. • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging • Diverse knyttet til lovverk eller interne føringer. Mye av dette følges opp gjennom eksterne og interne rapporteringer, herunder systemer for avvik 	<p>Rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overordnet administrativ ledelse i de ulike byrådsavdelinger/etater tar stilling til systematisk bruk av ulike verktøy • Enkelte verktøy benyttes lokalt, uten overordnet forankring, som et supplement til vedtatte verktøy. Eksempler: TWEAK/MI, Kvello, Startsamtaalen, ASQ, ASQ-SE, TRAS, 4-fotingen • Rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging. Det finnes diverse sentrale rutiner for langsiktig oppfølging, blant annet ansvarsgrupper og individuell plan. Overføringsrutiner mellom tjenester og/eller bydeler finnes også. • Tiltaksplaner, handlingsplaner m.m. er lovpålagte og det er fokus på at slike utarbeides og evalueres i samarbeid med familiene • Tiltaksutvikling i den enkelte tjeneste. Tiltaksutvikling i tjenestene skjer som en kombinasjon om utvikling lokalt, basert på lokal egenart, og utvikling basert på sentrale føringer. Tiltaksutviklingen kommer som resultat av uttalte behov og vurdering av fremtidige behov. Evidensbaserte tiltak vektlegges • Forankring av ansvar i funksjoner (og ikke hos personer) • Ansvar knyttet til rolle vektlegges, men det vil i noen tilfeller være risiko knyttet til at spisskompetanse knyttet til enkeltpersoner. Tjenestene blir da sårbare når enkeltpersoner slutter

7.3 Bømlo

Bømlo kommune har i sitt arbeid med utvikling av modell blant annet vektlagt tverrfaglige samhandlingsprosedyrer i kommunens kvalitetssystem og etableringen av Samhandlingsforumet. Også satsingen på kartleggingsarbeid og kompetanseheving i helsestasjonstjenesten og barnehagene har vært viktige elementer i arbeidet. Kommunen etablerte Tiltaksteamet i 2013. Teamet skal være et lavterskel tilbud bestående av fagpersoner med ulike typer kompetanse. Kommunen opplever at det har vært viktig at psykologene har blitt trukket mer inn i det tverrfaglige samarbeidet blant annet gjennom arbeidet i Tiltaksteamet. Viktige resultat av arbeidet i Modellkommuneforsøket er at fagmiljøene og tjenester etterspør, og ser behov for mer, tverrfaglig samhandling rundt barn og familier. Dermed er kvaliteten på samarbeidet og tjenesten til brukerne blitt bedre. Kommunen opplever også å ha fått økt kompetanse om målgruppen, samt at det er stor etterspørsel etter mer kompetanse både på system og individnivå.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> Leiar for prosjekt er verksemdsleiar for Barne og Familietenesta (førebyggjande hjelpetjenester og barnevern under 18 år) Rapporterer direkte til kommunalsjef for Oppvekst Noko sårbart at kommunalsjef Helse ikkje får fast status på grunn av passivt Samhandlingsforum siste år 	<ul style="list-style-type: none"> Handlingsrettleiaren vart politisk vedteken i desember 2013 Ny politisk statusorientering i fagutval i oktober 2014 Prosjektet er no i drift og ein er dermed meir robust i høve ansvarlegging av arbeidet
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> Veldig bra. Langsiktig kompetansefokus, kontinuitet og faste samarbeidsmøter på tvers har vore viktig 	<ul style="list-style-type: none"> Fagforum Barn og unge har vore viktig i høve informasjonsutveksling mellom faginstanser og forankring Faste møtepunkt med BUP og kommune Tverrfaglege samarbeidsrutiner utarbeidd i fast møtестruktur
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> Det mest utfordrande. Men når me lukkast her i våre enkeltsaker, lukkast me også med tidleg intervensjon Tiltaksteam i BFT har sikra det tverrfaglege samarbeidet i enkeltsaker Møtearena der me drøftar system og bruk av rutinar og prosedyrar sikrar utvikling og felles forståing av samarbeid på tvers 	<ul style="list-style-type: none"> Me utarbeider i mykje større grad Familieplan, og har no pilotutprøving på familieplan i SAMPRO for å sikre brukar-medverking og langsiktig oppfølging Tiltaksutvikling i tiltaksteam er stadig ei satsing

7.4 Fjell

Fjell kommune har hatt som mål å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og/eller barn med foreldre som misbruker rusmidler, fra graviditet til skolealder. Fjell kommune har jobbet med å styrke allerede etablerte samhandlingstiltak, men også utviklet nye tiltak. Kompetansen blant ansatte som jobbar med målgruppen rapporteres å være styrket, og det er lagt vekt på at kompetanseheving skal være gjennomgående og på tvers av avdelingene. Dette for å sikre en mest mulig felles forståelse i tjenestene. Kommunen har ellers lagt vekt på ledelse, både skoleledelse og barnehageledelse for at voksne skal fungere som gode ledere for barn. Kommunen opplever at Modellkommuneforsøket har forsterket en del av de arbeidene som pågikk fra før. Fremover vil det blant annet være viktig for kommunen å vedlikeholde kunnskapen de har opparbeidet i tjenestene. Samhandlingsteamet vil ha en viktig rolle i forhold til å holde kompetansen og engasjementet oppe når prosjektet er ferdig.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Entusiasme og eierforhold til modellen; dette er et felles ansvar • Fokus flyttet fra sektor til bruker 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativt vedtak om å opprette samhandlingsteam og koordinatorfunksjon • Rådmann og hans lederteam er styringsgruppe • Politikere er orientert jevnlig, modellen skal politisk behandles i januar 2015
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltaksbasert samhandling, vi blir kjent med hverandres kultur når vi jobber sammen i saker og tiltak • Oktoberseminar; møtepunkt, informasjonsutveksling og kulturbygging 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppretting av Psykisk helseteam 2006; deltakere fra alle involverte etater. 2014 oppretting av Samhandlingsteam m alle etater involvert • Tiltak på tvers av etater; ansvar lagt til funksjon (ikke person). Jevnlige møter for planlegging og evaluering • Felles kompetanse heving; som COS, Marte meo, EPDS, MI, Care Index • Samhandlingsteam består av flertall av mellomledere; teamet er beslutningsdyktig •
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Kjennskap til hverandres fagområder, kunnskap om hvor barn / familie kan få hjelp • Samtykkeskjema til samhandling; skal brukes av alle instanser • Innføre opplæring i modellen; rutiner og prosedyrer 	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglige drøftingsmøter barnehage, opplæring til pedagoger, bruk av TWEAK / Audit i helsestasjon • Utarbeider samtykke til samhandling som skal brukes av alle i møte med familier • Forslag til / endring av tiltak bringes inn til Samhandlingsteamet • Ansvar lagt til funksjon, ikke person

7.5 Førde

I arbeidet med utvikling av modellen har Førde kommune har hatt spesielt fokus på å få på plass gode systemer for systematisk kartlegging av målgruppen og tidlig intervensjon i sakene. Videre har kommunen arbeidet systematisk med opplæring og kompetanseutvikling i tjenestene. Kommunen har prioritert fagdager og opplæring hvor ansatte kan diskutere og utveksle erfaringer. Kommunen arbeider systematisk med kartlegging av rus og psykisk sykdom med mål om å komme tidlig inn med tiltak. Kommunen melder om at viktige resultater av arbeidet er mer samhandling på tvers og mer tverrfaglighet i arbeidet. Tjenesten er blitt bedre kjent med hverandre og arbeider med utgangspunkt i felles rutiner. Samhandlingen mellom barnehagesektoren/helsestasjonen og barnevernet har blitt mye bedre. Kommunen har også gjennomført et stort opplæringsprogram i barnehagene. Det har medført at det kommer mange flere bekymringsmeldinger fra barnehagene enn tidligere. Denne utviklingen følger kommunens ledelse nøye med på. Kommunen har vektlagt at arbeidet i prosjektet skulle være tett integrert med den ordinære virksomheten. Kommunen opplever å ha fått til en god forankring av arbeidet og at ledergruppen er engasjert i arbeidet blant annet gjennom Styringsgruppen.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> Modellkommuneforsøket har hatt ei aktiv styringsgruppe på rådmannsnivå som har vore definert som prosjekteigarar - kommunalsjef for skule og barnehage og kommunalsjef for helse og omsorg har deltatt i styringsgruppa 	<ul style="list-style-type: none"> Modellen er godkjent i leiargruppa på rådmannsnivå, og informert om i politiske utval. Det er rapporter om satsinga i årsrapportar for Førde kommune Ansvar for evaluering og nødvendige justeringar er lagt til eining for fagutvikling og koordinering (stabseining til rådmann) Tidleg intervensjon/modellen skal vere tema i koordinerande team for barn og unge i Førde kommune 2 gonger pr. år
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> Betre tverrfagleg samarbeid har vore eit sentralt tema i prosjektperioden, då dette blei sett på som ein spesiell utfordring for kommunen. Kommunen har gjennom prosjektet arrangert fleire felles opplæringsprogram, og vidareutvikla rutinar for informasjonsutveksling mellom ulike avdelingar og einingar internt i kommunen og opp mot 2.linje tenesta 	<ul style="list-style-type: none"> Prosjektgruppa har vore bredt tverrfagleg samansett med deltakarar frå alle avdelingar og einingar som jobbar opp mot målgruppa for prosjektet. Sentrale deltakarar frå prosjektgruppa vil framover møte i koordinerande team for barn og unge når tidleg intervensjon vil vere tema for teamet Kommunen har opprette eit otteteam: eit konsulterande ressursteam ved bekymring. Temaet har faste møte kvar 6. veke. Otteteamet skal lage ein plan for tverrfagleg oppfølging i enkeltsaker, men vil også ha ein viktig funksjon i forhold til nødvendige meldingar til fagutvikling og koordinering Kommunen planlegg framover å ha ein årleg fagdag for å styrke felles kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstansane. Ansvar for dette er lagt til fagutvikling og koordinering.
Individnivå	<p>Kultur og struktur dimensjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dei ulike avdelingar og einingar har tatt i bruke ein god del kartleggingsverktøy for å identifisere målgruppa-syner her til «Tidleg intervensjon for barn i risiko 0-6 år» Det er utarbeidd prosedyrar for oppfølging av funn innan kvar enkelt avdeling og eining, men også i forhold til tverrfagleg oppfølging og samarbeid. Tiltak for kvar enkelt barn/familie skal settast inn på lavast mulig nivå. Der dette ikkje er tilstrekkeleg pliktar den som har bekymringa å melde dette vidare. Sjå «Sjekkliste for bekymring for eit barn» Det er oppretta tiltaksteam i både barneverntenesta og helsestasjon. Tiltaksteamet i helsestasjon skal vere eit lavterskel tilbod til familiar som treng tidsavgrensa hjelp med fokus på tidleg intervensjon Alle barnehagane i Førde kommune har hatt ein eigen opplæringspakke gjennom prosjektet – pilot. Kommunen gjennomfører no ein revidering av «Handbok for barnehagane» der rutinar for kartlegging og tiltak for målgruppa blir lagt inn 	

7.6 Haugesund

Haugesund kommune har utviklet samarbeidsmodeller innenfor rammen av Salto- modellen, utviklet et felles fagsystem «Stafettloggen» og bygget opp Basen barne- og familiesenter. Kommunen har brukt mye tid og ressurser på utviklingen av det nye fagsystemet på området. Det er nå ferdig utviklet og alle som jobber med barn og unge kan bruke det. Systemet lager blant annet en «logg» for tiltak som er satt i gang i den enkelte sak, og skal sikre at alle saker til enhver tid har en ansvarlig. Haugesund kommune har ellers prioritert å få gjennomført opplæring for barnehagene om «undringssamtalene». Kommunen opplever at det har blitt en bedre kultur for samarbeid gjennom deltakelsen i prosjektet. Ansatte søker også mer kunnskap og informasjon på egen hånd sammenliknet med tidligere. I forbindelse med utarbeiding av ny modell Salto-modell er det foreslått endringer i det tverretatlige samarbeidet i kommunen. Den nye modellen skal

være tydeligere og enklere enn den forrige modellen, og det vil være et mål å få modellen forankret i kommunens øverste politiske ledelse.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Forankring, oppslutning om modellen hos kommunens toppledelse • Modellen er godkjent av rådmann og av Folkehelseforum 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiske vedtak, overordnede administrative føringer • Modellkommunesatsningen er forankret hos Rådmannen • EPDS, Verktøykassen og Stafettlogg er forankret hos rådmannen • ADBB og TWEAK er gitt som frivillig opplæring til helsestasjoner og jordmødre • ASQ er gitt som et frivillig tiltak til barnehagene. Av 30 barnehager er det kun 3 barnehager som har sagt nei takk til opplæring • Modellen er planlagt på sakskartet for Bystyret og formannskap i desember 2014 • Modellen ble første gang, av rådmannen, planlagt som sak til politisk behandling i Oppvekststyret og i formannskapet i august 2014. Den ble utsatt. Nå er den planlagt på sakskartet i desember 2014 • Salto modellen forankres administrativt i SALTO styret • Ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer iverksettes • I SALTO modellen er det planlagt en arbeidsgruppe; SALTO 0-6, bestående av sentrale roller / personer i forhold til videre utvikling og justering. Forslag vil sendes herfra til Rådmannen
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsklima - holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser • Samarbeidsklima mellom etater er i vekst • Det er i utvikling en kultur for tettere samarbeid • Informasjon mellom faginstanser • Kunnskap og informasjon etterspørres mye mer enn før • Modellkommuneprosjektet startet. • Stafettloggen vil bidra til at nødvendig informasjonsutveksling skjer på en mer ryddig og oversiktlig måte • All informasjonsutveksling skal skje etter de foresattes godkjenning og etter barnets behov 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling. Møtearenaer • I SALTO modellen er det tegnet opp arenaer for informasjonsutveksling og møtearenaer • SALTO 0-6 og SALTO overgang vil være de viktigste arenaene for vår målgruppe • SALTO-forum vil være vil være en sentral møteplass for alle, med samlinger cirka 2 ganger per år. Her vil det kunne arrangeres kurs og seminarer • Tverretatlige rutiner og prosedyrer • Dette skal ivaretas gjennom Stafettloggen og SALTO modellen. • Kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstanser • Her har vi Haugalandsløftet, som lager opplæring og kurs. SALTO – forum vil også ha denne oppgaven. Det viktige er at dette nå blir samlet slik at det er mulig å ha en god oversikt, og EN RETNING på opplæring som skjer i kommunen • Tydelig forankring av ansvar i faginstanser • <i>Leder for de ulike enhetene</i> har fortsatt et overordnet ansvar for sine enheter

Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid mellom enkeltmedarbeidere om det enkelte barn/den enkelte familie • Felles samtykkeskjema for alle enheter, og direkte deltaking i samarbeid med de involverte enheter • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy) • Rutinebeskrivelser for overgang barnehage skole. Her er foreldre og involverte enheter aktive og deltakende • Henvissingskjema og samtykkeskjema ligger som vedlegg til Stafettloggen • Stafettloggen er delt i ulike nivåer; -- nivå 1 når tiltakene skal gjennomføres og evalueres i helsestasjon eller barnehage, nivå 2 når det er nødvendig med videre henvisning til PPT eller andre enheter, nivå 3 når det er nødvendig med henvisning til Barneverntjenesten • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging • Stafettloggen vil være veiviser også for langsiktig oppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy) • Rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging • Stafettloggen har rutiner og prosedyrer også for den langsiktige oppfølgingen. SALTO overgang er viktig vedrørende overganger fra barnehage til skole osv. • Tiltaksutvikling i den enkelte tjeneste. • Forankring av ansvar i funksjoner (og ikke hos personer)
--------------------	---	---

7.7 Sandnes

Sandnes kommunes prinsipper for tidlig innsats overfor målgruppen 0-6 år har gjennom hele prosjektperioden vært å ha fokus på grunntjenestene (barnehage og helsestasjon). Dette fordi kommunen opplever at grunntjenester med god kvalitet kan demme opp for skjevutvikling gjennom å identifisere barn/familier som trenger noe ekstra tidlig. Aktiviteter kommunen har gjennomført er blant annet hospitering mellom barnevern-barnehage og barnevern-helsestasjon og utarbeiding av felles samarbeidsdokument mellom barnehage og barnevern. Kommunen har også gode erfaringer med tiltakene den har gjennomført for å sikre kompetanseheving og rutineforbedring i rus/psykiatrienheten. Andre tiltak kommunen ser på som spesielt viktig er Care indeks, motiverende intervju, COS-grupper og KOR (klient og resultatorientert praksis). Sandes kommune erfarer at de har blitt flinkere til å fange opp barn og unge på et tidligere tidspunkt.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Politisk engasjement og tydelighet er klarere uttalt • Godt forankret fra Resultatsenhetsledernivå til kommunaldirektørnivå. Det er stort engasjement på ledernivå i kommunen for å jobbe med tidlig innsats • Den politiske forankringen er mer utydelig. Indirekte rapporterer de i ordinære rapporteringer som f.eks. årsmeldinger og evaluering av enhetenes internkontrakter 	<ul style="list-style-type: none"> • Modellen og satsing på målgruppen er nedfelt i plan for psykisk helsearbeid, og ruspolitisk handlingsplan, i internkontrakter og i helhetlig modell (2013) • Det er nedfelt i politisk vedtak at målgruppen skal prioriteres • Vedtak om tidlig innsatsmidler i øk plan • Rådmanns beslutning om at kommunen skal delta i Sjumilssteget
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Sandnes kommune har tverrfaglige møtearenaer og bruker aktivt og bevisst overordnede fora. Arbeidsgrupper og ledermøter arrangeres på tvers av fag og sektorer • Kommunaldirektøren har initiert, og selv deltatt, på studieturer og fagdager som har tilrettelagt for samhandling • Sandnes kommune har, på tross av kommunestørrelse, kort vei til direktørene. Hvis det skulle oppstå relasjonelle utfordringer, involverer direktørene seg. Kort vei til direktørene sørger også for forankring på ledernivå 	<ul style="list-style-type: none"> • I Sandnes kommunes helhetlige modell er det formelle beskrivelser av samarbeid, prosedyrer og rutiner for målgruppen • Dette arrangeres felles opplæringsdager og fagdager • Det er faste samarbeidsforum • Resultatsenhetslederne har faste treffpunkt • Nærhet til tonivå-modellen: det er direkte linje fra enhetsleder til kommunaldirektør

	<ul style="list-style-type: none"> • Det er positive holdninger til samarbeid og fokus på at alle trenger hverandre for å levere og nå målgruppen. Det er utbredt forståelse for at samhandling er en del av oppdraget. Det er et godt samarbeidsklima og gode relasjoner. De ulike instansene vet om hverandre og rollefordelingen mellom dem • Sandnes kommune har et bevisst forhold til at samarbeid ikke må være personavhengig • Revisjon i barnevernet har avdekket et ytterligere potensiale i å forbedre samarbeid (forventningsavklaringer?) mellom helsestasjon – barnevern og skole – barnevern 	<ul style="list-style-type: none"> • Samlokalisering av kommunaldirektører og fagstaber bidrar til mer samarbeid • Kommunaldirektør skal legge fram rapport for politikerne – det er utarbeidet en plan hvor resultatenshetsledere og kommunaldirektør er involvert. • Samhandlingsdokument barnehage – barnevern legges ut på høring i begynnelsen av des. • Rutiner for overgang barnehage-skole revideres i disse dager. • Elektronisk samarbeidsmodell er ikke ferdigstilt
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Sandnes kommune har koordinerende møter på individnivå mellom de ulike etatene som er involvert. Dette gjennomføres med eller uten familien. Brukes ikke rutinemessig i saker • Helsestasjonstjenesten har fått opplæring og tatt i bruk ulike typer screening/ metodikk • Rus / psykiatri har gjennomgått opplæring, utarbeidet interne rutiner og samarbeidsrutiner for å bistå målgruppen • Barnehagene har vært prioritert bl.a. gjennom årlige fagdager for alle ansatte • Det er økt samarbeid mellom barnehage og barnevern, økt fokus på 0-6 åringer. Ringvirkninger som gir store positive effekter • Barnevernet har økt sin egen kompetanse om målgruppen og styrket innsatsen med egne prosjekt • Barnehagene har fått bedre tilgang til PPT via TI-veilederne. Senket terskel for at PPT går inn i saker, også for de minste barna • De ansatte i Sandnes kommune er generelt mer nysgjerrig på hvem de andre instansene er, og hvilke muligheter som finnes innen de andre enhetene. Større ønske og vilje til å bli kjent og samhandle ettersom de ser at det er nyttig for brukerne. Inviterer aktivt andre og tar initiativ på tvers av etater 	<ul style="list-style-type: none"> • I Sandnes kommunes helhetlige modell er det prosedyrebeskrivelser for hvorledes de skal arbeide på individnivå • Det gjennomføres kurs på tvers av etater for å sikre kompetanseheving • De ulike etatene har en rekke verktøy og kartleggingssystemer. Dette gjelder blant annet: <ul style="list-style-type: none"> ⊖ Felles kartleggingsverktøy og-sjekkliste (Firfotingsskjema og Kvellos risiko- og beskyttelsesliste) <ul style="list-style-type: none"> ○ Det er prosedyrer mellom mestringsenhet, barnevern og helsestasjon ○ Helsestasjonen har en rekke ulike verktøy ○ Barnevernet: Kvellos kartleggingsmal, samt opplæring/bruk av ulike typer instrument for tilknytningsvurdering • Kommunaldirektør skal legge fram rapport for politikerne – det er utarbeidet en plan hvor resultatenshetsledere og kom dir er involvert. • Samhandlingsdokument for barnehage – barnevern legges ut på høring i begynnelsen av des. • Rutiner for overgang barnehage-skole revideres i disse dager. • Elektronisk samarbeidsmodell er ikke ferdigstilt

7.8 Time

I Time kommune er modellen forankret politisk og i kommunen sin ledelse. Kommunen har etablert flere tverrfaglige samarbeidsgrupper der ansatte i spesialisthelsetjenesten, legetjenesten og de ulike enhetene som har forpliktet seg til modellen i kommunen møtes. I samarbeidsgruppene er det utvekslet kompetansetiltak og utarbeidet rutiner og prosedyrer i forhold til målgruppen. Kompetanseheving og tiltaksutvikling har hatt et stort fokus. Av kartleggingsverktøy og tiltak har kommunen flere ulike verktøy: EPDS, Tweak, kartleggingsamtaler ved helsestasjonen, familiesenteret, barnevernet, PPT, NAV, avdeling for rus- og psykisk helsearbeid, startsamtale i barnehagene, støttesamtaler etter EPDS-kartlegging, grupper for mødre med depressive plager etter fødsel, MI ved endringsarbeid, familiesamtaler, COS-grupper, Marte Meo, og DUÅ. Kommunen opplever at viktigste tiltakene er de tiltakene som gjøres veldig tidlig. Kommunen erfarer at det er viktig å ha fokus på dette arbeidet over tid.

Langsiktighet har vært viktig for å kunne drive arbeidet fremover og har gjort implementering bedre.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> Modellen er forankra politisk og i kommunen si leiing. Det har vore viktig å få arbeidet forankra i ulike planar som er politisk vedtekne. Politikarar og kommunen si leiing har etterspurd og vist velvilje til å inkludera målgruppa for Modellkommuneforsøket i ulike planar 	
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> Vi har lagt vekt på at arbeidet skal vera forankra på kommunalsjefs nivå. I tillegg har vi lagt vekt på å ha fleire tverrfaglege samarbeidsgrupper der både tilsette i spesialisthelsetenesta, legetenesta og dei ulike einingane som har forplikta seg på modellen i kommunen møtes. I samarbeidsgruppene har vi både utveksla kompetansetiltak og utarbeida rutinar og prosedyrar for målgruppa Det har vore god oppslutning om samarbeidsgruppene. Kompetanseheving og tiltaksutvikling har hatt eit stort fokus, og vår erfaring er at tilsette i spesialisthelsetenesta har vore engasjerte og deltakande i prosjektet 	
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> Dei som har forplikta seg på modellen er: barnevernet, PPT, helsestasjonen med familiesenteret, barnehagene og avdeling for rus- og psykisk helsearbeid Dei ulike einingane har laga egne rutinar og prosedyrar for å identifisera og fylja opp målgruppa. Av kartleggingsverktøy og tiltak har kommunen fleire ulike verktøy: EPDS, Tweak, kartleggingssamtalar ved helsestasjonen, familiesenteret, barnevernet, PPT, NAV, avdeling for rus- og psykisk helsearbeid, startsamtale i barnehagane, støttesamtalar etter EPDS-kartlegging, grupper for mødre med depressive plager etter fødsel, MI ved endringsarbeid, familiesamtalar, COS-grupper, Marte Meo, og DUÅ Den som oppdagar barn i målgruppa har ansvar for å fylja opp og gje stafettpinnen vidare ved behov. Det er tilsett ein person som er koordinator for barn som pårørande ved familiesenteret, og barneansvarlig i avdeling for rus- og psykisk helsearbeid. Han er leiar i eit nyoppretta ressursteam for målgruppa ved familiesenteret. Denne stillinga skal vera med å sikra at målgruppa får oppfølging ved behov I kommunen er det fleire treffpunkt for einingane som fyljer opp målgruppa. Det vert mellom anna halde høgt at alle skal møta i ressursteama i barnehagane. Nytilsette får opplæring i kartleggingsverktøy og i prosedyrar og rutinar for oppfølging Det vert gjort ei evaluering av arbeidet i ressursteama i barnehagane og i ressursteamet ved familiesenteret to gonger i året. Samarbeidet mellom einingane for å oppdaga og fylja opp barn i målgruppa har utvikla seg positivt gjennom tida vi har delteke i prosjektet. Gjennom dei formelle samarbeidsgruppene har ein fått styrka kjennskapet til kvarande, og dette har gjort det lettare å ta kontakt for samarbeid ved behov i enkeltsaker 	

8. Region Midt Norge

8.1 Grogn

Grong kommune har nylig blitt omorganisert. Arbeidsgruppa for Modellkommuneforsøket har vært i aktivitet hele tiden, men styringsgruppa ble reaktivert i slutten av 2012. Involverte aktører er samlokaliserte, eller har kort avstand, slik at terskelen for samhandling er lav. Samhandling er hovedfokus i arbeidet. NAV ble med i samarbeidet om Modellkommuneforsøket i 2012 og det er nå bred deltakelse, inkludert leger og helseforetak. Det er få personer å spille på i Grong og andre aktiviteter, slik som fagdager, seminarer – både egne og andres – må derfor velges med omhu. TI Kvello, EPDS og samtaleskjema er verktøy som blir brukt i arbeidet med målgruppa.

Mange rutiner og treffpunkt er nå på plass. I og med at alle etater er representert i arbeidsgruppen, og mange av representantene har «flere hatter», har Grong et godt utgangspunkt for god og rask samhandling på tvers av involverte instanser.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none">• Godt forankret, inklusive ekstra midler• Godt rom for å bruke arbeidstid til MK-arbeid.	<ul style="list-style-type: none">• Vedtak i kommunen om deltakelse.• Lagt frem senere og støttet av kommunestyret også• Omorganiseringer har påvirket prosjektet
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none">• Godt tverretats samarbeid.• God informasjonsutveksling• Godt eierforhold til MK	<ul style="list-style-type: none">• Faste møtearenaer og møtetidspunkt• Har årshjul• Forankring i fagetatene
Individnivå	<ul style="list-style-type: none">• Lite forskjell på etats- og individnivå• Etablerte rutiner og prosedyrer også med leger mv.• Eierforhold til TIKvello, som nå regnes som en del av Modellkommuneforsøket• Sterk «VI-følelse»	<ul style="list-style-type: none">• Forankret i ansvar ikke i personer• Liten kommune og tar tiltaksutvikling på kommunenivå

8.2 Leksvik

Kommunene Leksvik og Mosvik var opprinnelig sammen om søknaden og de første årene med gjennomføring av Modellkommuneforsøket. Mosvik ble i 2012 slått sammen med Inderøy kommune, noe som medførte omorganisering av Modellkommuneforsøket. Nye medlemmer har kommet til i arbeidsgruppen - disse er fysioterapi, psykisk helse og NAV. Det har også skjedd endringer i styringsgruppen som følge av omorganiseringen. Barnevern inngår i et interkommunalt samarbeid i Fosenregionen. Leksvik brukte Gentoft-modellen som bakgrunnsteppes for sin modell. Leksvik har en beskrivelse av kommunen, rammer/metoder, kort teori på fagfeltet, tiltaksdel, felles prosedyrer og skjema.

Modellkommuneforsøket har en stor kompetansegruppe som velger ut tema og felles forslag. Gruppa holder regelmessige fagdager for alle faginstansene (avholdes ofte på planleggingsdager for å involvere flest mulig). Leksvik bruker Kvello-opplegget aktivt, derfor har helsestasjon og barnevern god skoloring i Kvello-tenkning/ metode. Andre faginstanser har også deltatt på fagdager i regi av Kvello.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Modellkommuneforsøket som tema på møteplassene • God forankring høyt i kommunene. Dette er en strategi for å sikre implementering 	<ul style="list-style-type: none"> • Vedtak gjort og undertegnet av politikere. Politikere deltar i noen grad også i styringsgruppen • Kommenterer Modellkommuneforsøket i styringsdokumentene • To planer med Modellkommuneforsøket er beskrevet som en integrert del av aktiviteten
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Enhetsledernivå er direkte involvert i å styrke relasjoner og samarbeid • God deltakelse og felles informasjonsflyt 	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur: Tverrfaglige team, ansvarsgrupper, faglige ledermøter mv for å møte målgruppa • Modellkommuneforsøket har etablert møtearenaer • Etablerte faglige rutiner • Kompetansegruppa møtes ca. tre ganger årlig for å drøfte aktuelle faglige tem.
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Godt samarbeid mellom faggrupper • Felles kompetanse gir trygghet for rask intervensjon • Brede faggrupper bidrar til felles forståelse og handling • Foreldre deltar i alle drøftinger vedrørende deres barn – førskolehelseteam, drøftingsmøte og når det er aktuelt å opprette ansvarsgrupper 	<ul style="list-style-type: none"> • Enkelt saker, har foreldreinvolvering i faggrupper, før ev. etablering av ansvarsgruppe • Rutiner er etablert (inkl. fellesskjema), men vil variere fra tjeneste til tjeneste. Under utvikling • Felles basiskompetanse for alle medarbeidere, inkl. praktisk bruk av metoder

8.3 Namsos

Namsos startet arbeidet med å definere en modell, basert på tenkningen i Aurskog-Høland og Steinkjer. Dette arbeidet skal nå videreføres under navnet «Namsosmodellen». Målgruppen for modellen vil trolig være barn og unge i alderen 0-20 år. Dette ut fra en tanke om at modellen må favne alle barn i risiko og være robust nok til å fange ulike typer problematikk.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Det er generelt stor interesse for familie og forebygging i kommunens topledelse • Det oppleves å være større utfordringer med å spre arbeidet ut og ned i organisasjonen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Det foreligger flere handlingsplaner som griper inn i arbeidet med barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre. Disse er politisk vedtatt og legger klare føringer for satsninger og prioriteringer. • Arbeidet med modellutvikling er tydelig forankret på rådmannsnivå • Det er ikke tatt stilling til hva som skal være familieteamets organisatoriske plassering etter at Modellkommuneforsøket er avsluttet. • Det er ikke tatt stilling til om utviklet modell skal behandles politisk og/eller evalueres
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Det oppleves generelt å være godt samarbeidsklima og gode holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser. Dette gjelder særlig instansene samlokalisert i Familiens hus. • Fokus er endret fra taushetsplikt til samtykke • Psykisk helse og rus er nå aktive i samarbeidet • Ønske om at PPT skal ha en tydeligere rolle overfor problemstillinger som angår psykiske helse • Flyktningetjenesten havner «på siden» men ønsker å bli invitert inn 	<ul style="list-style-type: none"> • Familieteamet står sentralt i strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling Tilsvarende team etableres nå for ungdom • Egen metodebeskrivelse for det tverrfaglige/tverretatlige samarbeidet i familieteamet er utarbeidet • Det skal etableres et felles inntaksmøte for å sikre at riktige kompetansen kobles inn i nye saker med en gang • Tydelig forankring av ansvar i de fleste relevante faginstanser • Økonomiske nedskjæringer medfører utfordringer når det gjelder å prioritere utviklingsarbeid

	på de arenaer hvor barnas utfordringer diskuteres	
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Metodene for identifisering fungerer i all hovedsak. Det registreres hva det er spurt om /observert • Usikkert om barnehagene bruker skjema for foreldresamtal skjema som forutsatt • Familieteamet følger opp metoden for langsiktig oppfølging etter 3,6 og 12 mnd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Metoder for identifisering og langsiktig oppfølging er utarbeidet, og kartleggingsverktøy tatt i bruk • Ansvar er dels lagt til funksjon – dels til personer (sammenheng med fagkompetanse) • Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) er tatt i bruk i barnevern, familieteam, PPT og rus og psykisk helse. Legger til rette for brukermedvirkning og sikrer kontinuerlig evaluering av tiltak

8.4 Steinkjer

Steinkjer kommune har valgt en bred tilnærming til satsingsområdet. Det vil si at alle som jobber i forhold til barn og unge skal ha en basiskunnskap om og hvordan foresatte/foreldres psykisk helse og/eller rusproblematikk påvirker barns helse og utvikling. Det er et mål at de som jobber med barn må ha et større voksenfokus og de som jobber med voksne må ha et større barnefokus. Når en bekymring rundt et barn/en familie oppstår, er man som tjenesteyter pliktig til å ta denne bekymringen på alvor ved å ta dette opp med foreldre/foresatte og aktuelle samarbeidspartnere. I arbeidet med å utvikle sin modell, har Steinkjer tatt utgangspunkt i Aurskog- Høland- modellen, og tilpasset denne til egen organisering, begrepsbruk og tilnærming i arbeidet med barna. Modellen skal sikre at bekymring fører til tidlig handling fra alle som jobber med barn og unge i Steinkjer kommune og er en forpliktende tilnæringsmåte for alle som jobber med barn, unge og deres foreldre/foresatte kommunen.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<p>1. Visjoner fra planstrategi: Velferdsutfordringer med tidlig intervensjon og langtidsfrisk som mål bilde:</p> <ol style="list-style-type: none"> Folkehelse, generell og målretta, basert på Steinkjers helseprofil og HUNT-data Tidlig innsats med mål om å hindre marginalisering Utdanningsløpet med mål om å hindre frafall i skolen Arbeidslivet, øke andelen deltakere <p>2. Visjon for Folkehelsearbeidet i Steinkjer kommune: Livsglede, mestring og god helse for alle</p> <p>3. Forankring og oppslutning om modellen i kommunens ledelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiske vedtak, overordna administrative føringer • Avtaler med Helseforetak • Politisk forankring, ved politiker i Styringsgruppen • Avdelingsforum har videre ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer blir foretatt • Implementering av "Fra bekymring til handling – god tverrfaglig innsats" • Prioritering av forebyggende arbeid i aldersgruppen 0 -6 år Steinkjer kommunes politikk • Gjort avtale om kunnskapsutvikling "Tidlig Inn" • Hovedutvalg for Helse og omsorg og Hovedutvalg for Oppvekst vedtok i oktober 2014 videreføring av Oppvekst Steinkjer, som har et stort fokus på tverrfaglig samarbeid mot ulike målgrupper • Oppvekst Steinkjer – fokus på foreldrerollen
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Bedret samarbeid på tvers • Avdelingsforum - samarbeid mellom oppvekstsjef og helsesjef. Disse dekker området barn og unge i kommunen. • Ledernetverk Barn og unge (PPT, Barnevern, Avlastningsboligen, Barn og familie), NAV deltar ved behov • Informasjonsutveksling mellom enheter og tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementering av "Fra bekymring til handling" • Prioritering av forebyggende arbeid i aldersgruppen 0 -6 år i tjenestene • Videre satsning på Forebyggende familieteam (tverrfaglig) i fht 0- 6 år • Barneverntjenesten prioriterer sped- og småbarn (0 -6år) • Tverrfaglig gruppe Risikogravide • Steinkjerprosjektet "Du ser det ikke før du tror det"

	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetanseutvikling på tvers av tjenester og avdelinger Samhandling skal skje der man er bedre sammen enn hver for seg. Kvalitet og effektivitet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarliggjøring av "staffetpinnen", dvs sikre at oppfølgingsansvar blir overtatt av noen, før man selv slipper det. Ivareta implementering og utvikling av verktøy, "Tidlig inn", EPDS mm.
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbeidere i de ulike fagtjenestene har endret holdninger til samarbeid • Økt kunnskap om hverandre og kompleksiteten relatert til målgruppen har ført til økt samarbeid • Tverrfaglig samhandling gir større handlekraft i forhold til vanskelige problemstillinger • Medarbeidere i de ulike tjenestene omtaler hverandre mer positivt og er mer støttende til hverandre enn tidligere • Sikre at barn og familier ikke mister oppfølging der det er behov for det, "stafettpinnen skal ikke ramle ned" 	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus på ny kunnskap og kunnskapsutvikling har utviklet medarbeidernes kunnskap og kompetanse • Kartleggings- og observasjonsverktøy har forankret ansvar i funksjoner, -ikke personer • EPDS • Utvikling av nye anamneseskjema i ulike tjenester. Kunnskap og kompetanseutvikling gjennom "Tidlig inn"

8.5 Trondheim

I Trondheim er den overordnede målgruppen for arbeidet med modellutvikling barn som lever med høy risiko (psykisk helse, rus og vold). Trondheim opplever å ha mange modeller i virksomhet. Hver modell favner forskjellige brukergrupper og faginstanser og er definert inn mot spesifikke problemstillinger. Noen modeller har en generalistprofil – andre en spesialistprofil. Det har ikke vært stor bevissthet om at det er modellutvikling man har drevet med. Snarere har arbeidet vært preget av å ivareta ulike behov hos brukergruppen. Fra politisk og administrativ ledelse vektlegges det at det ikke skal være forskjeller mellom bydelene i det tilbudet som gis. I arbeidet har Trondheim hatt særlig fokus på overgangene mellom de ulike tjenestene. Det snakkes om «arbeidsløyper» i betydningen prosessbeskrivelser for hvordan arbeidet skal foregå og stafettvekslinger i overgangene mellom tjenestene.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Politikerne i Trondheim er opptatt av «allmenntjenestene» som når hele befolkningen, herunder der forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge • Det forebyggende arbeidet rettet mot barn og unge er forankret hos to kommunaldirektører – i Oppvekst og Utdanning og Helse og velferd. Det er noe ulik prioritering av arbeidet mellom sektorene. I Helse og velferd «forsvinner» arbeidet med barn og unge i voksentjenestene 	<ul style="list-style-type: none"> • Den formelle forankringen på kommunenivå vil variere fra modell til modell, avhengig av hvilke faginstanser som er involvert • Det er gjort valg om å sentralisere de tiltakene som favner barna/ungdommene som lever med høyest risiko • Det er ikke tatt stilling til hvordan en mulig overbygning til de ulike modellene skal utarbeides, godkjennes eller vedtas
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Involverte faginstanser vil variere fra modell til modell • Det rapporteres om godt samhandlingsklima – hvor det grunnleggende er på plass • Det er mer samhandling mellom Barne- og familietjenesten og tjenestene i Helse og Velferd enn før 	<ul style="list-style-type: none"> • Tydelighet i forankringen av ansvar hos bestemte faginstanser – vil variere fra modell til modell • Alle instanser som arbeider med målgruppen er nå innlemmet i arbeidet (også PPT og NAV som ikke tidligere har vært representert) • Det oppleves å være tydeligere forankring på ledernivå gjennom involvering av faglederne (ny lederfunksjon under enhetsleder)

	<ul style="list-style-type: none"> • Det oppleves som utfordrende å skille mellom forvaltning og tiltak i Barne- og familietjenesten 	<ul style="list-style-type: none"> • Samorganiseringen av Barne- og familietjenesten har betydd en del for samhandlingen mellom de instansene som arbeider med barn i risiko • Det er utarbeidet «arbeidsløyper» som skal sikre gode rutiner for det tverretatlige arbeidet • Lederavtalene på barnehage og barne- og familietjenesten
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Det er fortsatt en utfordring å gjøre alle medarbeidere som arbeider med målgruppen kjent med hva som finnes av rutiner, verktøy og kompetanse • Kommunens størrelse gjør at det tar lang tid å få arbeidet implementert i ytterste ledd 	<ul style="list-style-type: none"> • På individnivå har barn i risiko vært i fokus lenge • Tiltak direkte rettet mot målgruppen har vært etablert • Godt samarbeid «på huset» • Rutiner er nedfelt i Kvaliteket – avvik rapporteres i henhold til prosedyrer • Det er etablert en egen modell/rutine for barna som faller mellom Barne- og familietjenesten og Helse og velferd • Familieavdelingene har manualer som sikrer brukermedvirkning i tiltak, hvor bruker selv definerer mål og deltar i evalueringen av tiltakene

9. Region Nord

9.1 Bodø

Bodø kommunes modell er utformet gjennom *familiesenter* (familiens hus) som er en koordinerende enhet hvor det arbeides tverrfaglig for å gi et helhetlig tilbud. Modellen er således delt i tre «etasjer». I første etasje er tilbud til alle barn, mens barn som trenger ekstra oppfølging tilhører andre og tredje etasje, hvor barna i tredje etasje er de med sammensatte behov og trenger henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det er utviklet et eget nettsted for også å synliggjøre tiltak, verktøy og prosedyrer. Modellen har en utvidet målgruppe og spenner fra 0-18 år. I 2014 har det foregått en omorganisering i oppvekst- og kulturavdelingen, og det opprettes nå en barne- og familieenhet. Ansvar for koordinering av barn som pårørende avklares politisk våren 2015.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Forankring, oppslutning om modellen hos kommunens toppledelse • Presentert politisk og til ledelse i administrasjon • Tverretattlig enighet om modellen. • Positiv innstilling og støtte til implementering • Fokus på målgruppa er styrket, noe som blant annet reflekteres gjennom tema blir tatt opp i kommunestyret • Politisk ledelse har vist tydelig støtte i prioriteringssaker • Styringsgruppen har frigitt ressurser til arbeidsgruppen og gitt ressurser til kurs • Begge kommunaldirektører (for Oppvekst og kultur, og helse) har gått inn og «reddet» tiltak 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiske vedtak, overordnede administrative føringer • Ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer iverksettes • Forankret i kommunale planer • Vedtak på det videre arbeidet over i drift skjer i februar 2015 • Overordnede føringer er tverrfaglighet, felles ansvar for oppfølging • Ansvar for evaluering og justering er avklart i siste styringsgruppemøte i desember • Det blir satt inn tverrfaglig leder på etatsnivå fra 2015 (leder for nyopprettet barne- og familieenhet)
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsklima - holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser • Informasjonsutveksling mellom faginstanser: • Positiv holdning til samarbeid. God deltakelse på kurs, stor interesse for felles kunnskap og opplæring. • Lederne er positive til samarbeid om målgruppa. • Grenseoppgangen mellom taushetsplikt og informert samtykke krever jevnlig fokus, men det har vært en positiv utvikling i retning. • Det er åpenhet for å bli invitert inn for å gi informasjon, gi økt kompetanse til egen faggruppe og drøfte samarbeid og utvikling av nye tiltak på tvers av fagseksjoner 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling. Møtearenaer • Tverretattlige rutiner og prosedyrer • Kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstanser • Tydelig forankring av ansvar i faginstanser • Dialogmøter mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset (kommunaldirektør og sykehusdirektør) • Ledermøter i oppvekst- og kulturavd. HOOK-møter (ledere i helse- og omsorgsavd og oppvekst og kulturavd.) • Samarbeidsmøter mellom ulike etater i kommunen og spesifikke avd i spesialisthelsetjenesten eks. helsestasjon, fødeavd, og nyfødtintensiv, psykologtjenesten og VOP, BUP • Mellom fagetater i kommunene er det mange møtearenaer: Eks. Helsesøster og jordmortjenesten har felles møter 1 g pr. mnd. Tverrfaglige møter i familiesenter 1 g pr mnd.

		<p>Halvårlige møter Psykologtjenesten og BV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle faginstanser har arenaer der andre etater inviteres inn for å informere eller samarbeide • Overgangsrutiner mellom etater, samarbeidsrutiner internt i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten • Prosedyrer for oppfangning og utførelse av tiltak. Rutiner for evaluering • Felles tverrfaglige fagdager. Felles kursing og opplæring ift med utvikling av tiltak (eks ift vold, NBO, tidlig inn) • Skriftlige avtaler med faginstanser under utarbeidelse ift kursavvikling, foreldreveiledningsressurs, ansvar for ulike tverrfaglige tiltak. Arbeidet med målgruppen skal inngå i ulike faginstansers virksomhetsplaner. I politiske vedtak. • Tverrfaglig samarbeidssystem.
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid mellom enkeltmedarbeidere om det enkelte barn/den enkelte familie: • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy) • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging. • Større forståelse for at flere faggrupper kan bidra i forhold til målgruppen. • Større systematikk og åpenhet for samarbeid på grunn av økt fokus på samhandling og nye prosedyrer • Kartleggingsverktøy brukes etter prosedyre. • Ledere følger opp riktig bruk av rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy) • Rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging • Forankring av ansvar i funksjoner (og ikke hos personer): • Rutiner og prosedyrer for identifisering evalueres 1-2 g pr år. Veiledning gis systematisk. Jevnlige oppdateringer gjennom faste møtearenaer. • Rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging er utviklet på mange områder og nye er under utarbeidelse. • Tiltaksutvikling i den enkelte tjeneste. • Forankring av ansvar i funksjoner kommer frem i individuell plan/familieplan, i ansvarsgrupper. Koordinering avklares i møte med familien. Den enkelte fagutøvers funksjon er regulert av kommunale prosedyrer og rutiner (utover nasjonale retningslinjer)

9.2 Fauske

Administrativ enighet om fokus og strategi, og politiske føringer ligger til grunn for modellen. Modellen er fullt ut integrert i kommunens endringsarbeid og er politisk vedtatt gjennom dokumentet *Samhandlingsplan Oppvekst Fauske 2014-2019*.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Modellkommuneforsøket er en naturlig og integrert del av endringsarbeidet i kommunen • Kommunen tenker helhetlig om samhandling og dette kommer til uttrykk i Samhandlingsplan for oppvekst/kultur • Forpliktelse og eierskap hos kommunalsjef Oppvekst/Kultur kommer tydelig frem gjennom kommunikasjon og handling 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen er organisert i samhandlingsområder, hvor Modellkommuneforsøket har ligget under <i>oppvekst og kultur</i>. Dette har lagt gode forutsetninger for arbeidet • Styringsgruppen består av ledere på enhetsledernivå, og håndterer flere samhandlingsprosjekter. Denne gruppen legger nå føringer for alt

	<ul style="list-style-type: none"> • Rådmannsnivået og kommuneledelsen viser støtte og dybdekompetanse gjennom vist evne til å jobbe med utgangspunkt i prinsippene for TIMS • Samhandling med, og inspirasjon fra andre kommuner er et sentralt prinsipp • Politisk forankret. Dette kommer frem i kommunestyre og i uttalelser i media • Politisk og administrativ ledelse ønsker å dra i sammen retning • Fauske er folkehelsekommune, og alt som har med foreldrestøttearbeid (tidligere Modellkommuneforsøket) har «folkehelse-farge» på seg og er akseptert som del av grunnmuren i Fauske kommune • Aktiv/engasjert styringsgruppe 	<p>foreldrestøttearbeid (hvor Modellkommuneforsøket tidligere lå)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tydelig og klar styringslinje mellom styringsgruppe og rådmannsnivå • Modellkommuneforsøket er forankret i oppvekstplanen • TIMS-Fauske er politisk vedtatt • Felles fagsamlinger ledet av kommunalsjef O/K (fokus på samhandling, endringsprosesser og økonomi)
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Flytting av ansvar/oppdrag fra arbeidsgruppe til enhetsledere har ført til bedre forankring og innarbeidelse av satsning i etatene • Samhandling med voksenpsykiatri er et viktig område å forbedre (fungerer på individnivå). Opphør av arbeidsgruppe = brutt link • Strategiske fagfora for å spre kunnskap og engasjement • Barn i risiko er hyppig tema i ulike fora som personalmøter, sosped-møter, husmøter, m.fl. • Perspektiv på psykisk syke foreldre har kommet godt frem blant annet som resultat av Oppstartssamtale i barnehagene (blir naturlig å prate om dette), psykiatrisk sykepleier som dekker perspektivet i innsatsteam • Ikke god nok forankring i NAV, hos fastlegene, rus og psyk. • Arbeidet krever kompetanse på området, og engasjement. Så selv om det er roller som har dette som ansvarsområde, er det likevel personavhengig. • Kontinuerlig jobbing sees på som nødvendig og allianser må skapes for å sikre kjennskap og forpliktelse ute hos den enkelte aktør. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar/oppdrag flyttet fra arbeidsgruppe til styringsgruppe (enhetsledere). Derfra til den enkelte avdelingsleder som har ansvar for implementering i den enkelte tjeneste/enhet. • Tverrfaglige barnehagemøter (= Tverrfaglig team) 4 ganger i året (PPT, helsesøster, barnehage m pedagog møter andre faggrupper hvor en tar utgangspunkt i problemstillinger en trenger hjelp og veiledning rundt) • Folkehelsearena SLT (skole, barnehage, politi, vgs, frivillige). • Tilrettelegging for kompetanseutvikling • Samarbeidsmøter • BUP er fast 1 gang i måneden på familiesenteret • Familiemøter • Styringsgruppe • Ikke sterk nok forankring i samarbeid rus og psykiatri • Modell prøves ut; Innsatsteam ansvarlig for modell-elementer (Verktøykasse m.m.) • Prosjektleder fortsetter arbeidet i 2015. Foreldrestøttekoordinator ansvarlig for visualisering av modell. • Prosjekt hvor PPT kan henvise direkte til BUP og HABU (Prosjekt: Henvisningsrett) • Tiltaksråd (TRÅD): Organ som skal sikret helhetlig og langsiktig oppfølging av barn i risiko, ukentlige møter. Dette er et koordinerende organ med beslutningsmandat. • Innsatsteam (Jobber tett mot familier, barnehager, helsestasjon og skole): Sikre refleksjon-/handlingsprosess i enhetene/avdelingene, ukentlige møter • Avdelingsledere er aktiverte i utvikling av lokale handlingsveileder • Forankring av ansvar i funksjoner: Foreldrestøttekoordinator og Innsatsteam deltakere fortsetter utviklingsarbeidet
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Kjennskap til Tiltaksråd og Innsatsteam er delvis på plass. Dette kommer til uttrykk ved at det etterspørres 	<ul style="list-style-type: none"> • ICDP opplæring i førstelinjen i alle faginstanser (kultur, familiesenter, barnehage, skole, osv.)

	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av Handlings sirkel er påbegynt. Dette kommer til uttrykk gjennom at barnehager har dokumentert det som er prøvd i med utgangspunkt i handlings sirkelen når de tar kontakt med hjelpeinstanser • Prosedyrer knyttet til PPT og Barnevern betyr at barnehage/skole er orientert og det oppleves forbedring som følge av dette • Lokal handlingsveileder under utarbeiding 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppstartsamtale i barnehagene • EPDS tas i bruk (tidligere har kommunen vært gjennom AAS og TWEAK) • Innsatsteam: Sikre refleksjon-/handlingsprosess rundt det enkelte barn/familie • Tiltaksråd: Sikre helhetlig og langsiktig oppfølging • Virksomhetsplaner tuftet på felles Samhandlingsplan legger føringer for tiltaksutvikling • Foreldrestøttekoordinator og Innsatsteam deltakere fortsetter utviklingsarbeidet
--	--	---

9.3 Nordreisa

Nordreisa kommunes modell skal være en vverbygning som ivaretar at alle som møter familiene kan handle; *de vet hvor de skal gå, hvilken kunnskap som finnes hvor, hvem som har ansvar for hva* og at den viser kva som ligger under. Kommunen er nå på vei inn i trenivåstruktur og vil da ligge under oppvekst og kultur. Det vil bli nytt å da skal være en del av den formelle strukturen og familiesenter blir en av virksomhetene, og man vil kunne komme nærmere skoler og barnehager (lettere å oppnå lederkontakt). De går i januar 2015 inn i et prosjekt kaldt BiR, hvor de skal være pilotkommune. Dette blir en fortsettelse av modellkommune arbeidet rettet direkte mot barnehager og skoler.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativ ledelse i kommunen ved rådmannen utviser positiv holdning og engasjement til prosjektet og forståelse for viktigheten av prosjektets fokus • Aktiv deltakelse i styringsgruppa og i modellkommune arbeidet av assisterende. Rådmann • Oppvekst utvalgets leder viser engasjement og etterspør orienteringer ved behov 	<ul style="list-style-type: none"> • Politiske vedtak; vedtak i politisk utvalg, politisk deltagelse i styringsgruppa og overordnede administrative føringer. • Forankring; prosjektet er forankret i kommunens ledelse. Administrativ deltagelse i styringsgruppe • Ansvar for at modellen evalueres og nødvendige justeringer iverksettes skal ivaretas i Basisteamet i vår kommune
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsklima; positive holdninger til samarbeid på tvers av etater og faginstanser. Dette kommer til uttrykk gjennom aktiv deltakelse, man inviterer andre inn, kjenner hverandres kunnskap, forventinger innfris, tid og ressurser investere i arbeidet, fagledere definerer at dette er en del av fagområdet, og det argumenteres hyppig for tverrfaglig samarbeid • Informasjonsutveksling mellom faginstanser er preget av større åpenhet og informasjons utveksling skjer med utgangspunkt i beste for barnet/familien 	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturer for samarbeid og informasjonsutveksling • Møtearenaer • Ulike tverrfaglige team med beslutningsmyndighet • Tverretatlige rutiner og prosedyrer foreligger • Kompetanse- og tiltaksutvikling mellom faginstanser. Felles fagutvikling • Tydelig forankring av ansvar i faginstanser, ifølge prosedyrer/rutiner • Felles fagdager og kursdager med fokus på felles kompetanseheving og samarbeid overfor barn og familier. I de ulike faggruppene tenkes det tverrfaglig når man planlegger kurs
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeid mellom enkeltmedarbeidere om det enkelte barn/den enkelte familie er veldig godt • Fagpersoner henvender seg også til fagpersoner i andre faggrupper for å innhente og dele kunnskaper • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for identifisering er implementert 	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner og prosedyrer for identifisering (inkludert kartleggingsverktøy). Nedfelte rutiner for bruk av kartleggingsverktøy, etablerte veiledningsrutiner rundt bruken av disse verktøyene • Rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging ivaretas i den enkelte

	<ul style="list-style-type: none"> • Riktig bruk av rutiner og prosedyrer for langsiktig oppfølging. Implementering igangsatt, men ennå gjenstår det noe arbeid • Man ser at lærere ønsker å bli mer involvert, det er en større interesse for målgruppen • Man byr på historier og erfaringer og spør etter tilbakemeldinger • Man diskuterer og gir faglige innspill på det faglige arbeidet og reflekterer rundt dette for å gi hjelp på bakgrunn av der familien er • Korus: ikke så vanlig å bruke kartlegging ift. vold (men vanlig i Nordreisa) 	<p>tjeneste, i Basisteam, overgang barnehage/skole</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiltaksutvikling i den enkelte tjeneste foregår gjennom utvikling og tilpasning • Forankring av ansvar i funksjoner gjennom prosedyrer og rutiner. • Veiledningsgrupper rundt bruk av kartleggingsverktøy
--	---	--

9.4 Tromsø

Tromsø kommune har vedtatt og prøve ut modellen BTI – Bedre tverrfaglig innsats, som modell for tverrfaglig samarbeid rundt barn det er knyttet bekymring til for i aldersgruppen 0- 23 år. BTI består av en samarbeidsstruktur, handlingsveileder, verktøy og elektronisk stafettlogg. Modellkommuneforsøket største innvirkning på denne modellen er å inkludere målgruppen 0-6 år.

	Kulturdimensjon	Strukturdimensjon
Kommunenivå	<ul style="list-style-type: none"> • Det er vedtatt i styringsgruppa at det skal jobbes videre med barneansvarlige i voksentjenestene i kommunen. Det skal også etableres en koordinator for de barneansvarlige i RPT • Det har siden høsten 2013 vært bedre forankring av Modellkommune og BTI i byråd for utdanning samt byråd for helse og omsorg, gjennom felles styringsgruppe • Det skal i 2015 jobbes med å få systemer som sikrer at kommuneledelsen er informert og etterspør bruken av BTI Dette skal koordinator for BTI jobbe med. • Opplever oppslutning og forankring gjennom at dette prioriteres høyere, det er lettere å få satt av tid og de hører det prates mer om 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er et vedtak i kommunestyret på at BTI modellen skal prøves ut i Tromsø kommune, og at alle er forpliktet å benytte seg av denne modellen slik at en tidligst mulig kommer inn og hjelper de barna en er bekymret for • Arbeidsgruppen har gjort nødvendige justeringer etter pilotutprøvingen, og denne informasjonen har gått til styringsgruppen. Styringsgruppen med representanter fra byråd og kommunaldirektører for utdanning samt helse og omsorg, informeres om de prosessene som pågår i kommunen under implementeringen av BTI. Disse videreformidler informasjonen til byrådet og aktuelle komiteer. Som igjen vil stå for nye beslutninger
Etatsnivå	<ul style="list-style-type: none"> • I kommunen oppleves et økende ønske om tverrfaglig samarbeid rundt barn vi bekymrer oss for. Det har vært bred deltagelse på kompetansehevingen, og det oppleves et engasjement rundt det å få BTI implementert på de enkelte arbeidsstedene. Det er interesse for, og ønske om å få tatt i bruk denne samarbeidsstrukturen i de ulike etatene/avdelingene • Samarbeid etterspørres og det har vært en bevegelse fra «vi har ikke kompetanse» til «hvordan kan vi finne kompetanse» når man føler man kanskje kommer til kort i enhetene • Økende grad av åpenhet, fokus, kompetanseheving • Mer riktige forventninger til hverandre (og selg selv) gjennom bevissthet om betydningen stafettholderprinsippet i Tromsø kommune 	<ul style="list-style-type: none"> • BTI inneholder en samarbeidsstruktur på 4 ulike nivåer, handlingsveiledere for de som jobber direkte med barn, de som jobber med de voksne(foresatte) og de som jobber i barnevernstjenesten, samt verktøy. I tillegg har kommunen tatt i bruk Elektronisk stafettlogg som er et samhandlingsverktøy. Det erstatter ikke egne journalsystemer, men skal gjøre det enklere å utveksle felles informasjon. Her er det viktig at barnet /ungdommen også er representert gjerne via sine foresatte • BTI skal være gjeldende for alle ansatte i Tromsø kommune med utgangspunkt i det arbeidet en skal gjøre internt i egen avdeling, men også som en struktur for samhandling på tvers av etater/avdelinger rundt de barna som en er bekymret for

	<ul style="list-style-type: none"> • Voksentjenestene i kommunen er også med i opplæringen av BTI, og i de årene som Modellkommuneforsøket har vært i Tromsø har vi fått et økt fokus på barn som pårørende. Samt fokus på at det er viktig å hjelpe de barna som måtte trenge det • Tromsø kommune har også en kvalitetslos på intranett, som inneholder alle dokumenter som beskriver BTI strukturen. I tillegg ligger beskrivelsen av BTI også på kommunens hjemmeside på www.tromso.kommune.no/BTI 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvidet ressursteam på barne- og ungdomsskoler. Møtes 4 ganger i året • Utvidet ressursteam i barnehager. Møtes 2 ganger i året • Tverrfaglig forum i Familiens hus som kan brukes til veiledning når en står i saker en lurer på hva blir veien videre. Dette er saker som en er bekymret for status i svangerskapet og for barn opp til 6 år som ikke går i en barnehage. Dette fora kan også ta opp saker / tema av interesse i et tverrfaglig team. Møtes 4 ganger i året Se vedlegg angående mer info om ressursteam og tverrfaglig forum • Det er satt på dagsorden for 2015 at den nye koordinatoren for de barneansvarlige i kommunen, skal jobbe med å formalisere et samarbeid opp mot de barneansvarlige på UNN. • Tromsø kommune jobber med å få på plass et kompetansehevingsprogram som skal tilbys til blant annet nyansatte, der BTI skal være en del av dette programmet.
Individnivå	<ul style="list-style-type: none"> • Det oppleves at en har fått mer fokus på barn en er bekymret for, hos den enkelte arbeidstaker i kommunen i skoler, barnehager, forebyggende helse, PPT, barnevernstjenesten, voksentjenesten, tildelingskontoret, sosialmedisinsk senter, legevakta. Det er fokus på tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid • Det er fokus på BTI strukturen hos den enkelte arbeidstaker, og det jobbes med å få den godt implementert i de enkelte avdelinger. På denne måten ønsker vi å få de ansatte til å tenke tidlig innsats og samhandling rundt barn en er bekymret for • De som «prater med foreldre» i hverdagen tør i større grad å ta opp ting som kan oppleves vanskelig, og det er større modenhet for å ta barnas perspektiv 	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegging av barn i voksentjenesten når de voksnes behov blir kartlagt • ASQ ved 4 måneder i forebyggende helsetjeneste • EPDS kartlegging og støttesamtaler i Forebyggende helsetjeneste • Verktøy i BTI som skal være til hjelp hvis en får en «magefølelse» ifht. et barn, for å gjøre en mer systematisk kartlegging av situasjonen • Elektronisk stafettlogg • Enhetsledere har ansvar for at BTI blir implementert og forankret i den enkelte avdeling

10. Avsluttende perspektiver på den overordnede organisering og gjennomføring av forsøket

10.1 Organiseringen av Modellkommuneforsøket på overordnet nivå

10.1.1 Bufdirs rolle

Bufdir har fra 2008 hatt det overordnede, koordinerende ansvaret for gjennomføringen av Modellkommuneforsøket. I henhold til i tildelingsbrevene fra BLD har Bufdir hatt ansvaret for å:

- Iverksette Bufetats oppdrag gjennom disponeringsbrev, og påse at etaten fremstår med enhetlig praksis og likeverdig tilbud ut mot modellkommunene
- Innhente årlige aktivitetsrapporter fra modellkommunene
- Sikre at regnskapsprosedyrer og tilskuddsforvaltning av årlige tildelte midler i satsingen følges i henhold til statens regler
- Jobbe for samarbeid og samordning av aktivitet i regi av andre direktorater og nasjonale instanser, når dette berører / kan bidra inn i Bufetats oppdrag

Bufdirs rolle har vært under utvikling i hele forsøksperioden. I oppstarten hadde den nasjonale koordinatoren for forsøket, organisatorisk plassert i Bufdir, en sentral rolle i operasjonaliseringen av Modellkommuneforsøkets formål og etableringen av samarbeidet mellom Bufdir, Bufetat og modellkommunene. Fra 2008 til 2011 stod også samarbeidet mellom Bufdir og Helsedirektoratet om utviklingen av Opplæringsprogrammet sentralt.

Fra 2012 har Bufdirs rolle vært av mer administrativ karakter, rettet mot den overordnende styringen av forsøket. Styringen av forsøket ble ivaretatt gjennom den ordinære virksomhetsstyringen av Bufetat, og gjennom oppfølging av modellkommunenes virksomhet. Fra 2012 til 2015 ble det i større grad enn tidligere definert klare vilkår for at modellkommunene skulle motta stimuleringsstilskudd. I de årlige tilskuddsbrevene til kommunene ble det presisert hvilke forventninger Bufdir hadde til kommunenes modellutvikling det kommende året, og stilt krav om rapportering i henhold til dette.

Med endringene i barnevernloven, iverksatt fra 01.01.2014, ble Bufdirs rolle som fagdirektorat overfor både statlig og kommunalt barnevern tydeliggjort. Da disse endringene kom helt i sluttfasen av Modellkommuneforsøket, fikk de i praksis liten betydning for forholdet mellom Bufdir og modellkommunene.

10.1.2 Bufetats rolle

Bufetats ansvar i Modellkommuneforsøket har vært å sikre framdrift i modellkommunenes arbeid, etablere nettverk mellom kommunene, og bistå med kompetanseutviklende, faglig bistand. Bufetat har blant annet bistått kommunene med å videreutvikle tverretattlig samarbeid mellom barneverntjenesten og andre tjenester som møter barn som har foreldre med psykiske problemer og/eller misbruker rusmidler. Bufetats ansvar i Modellkommuneforsøket ble i all hovedsak ivaretatt gjennom de regionale koordinatorene. Koordinatorene har hatt ansvar for koordinering og oppfølging av modellkommunene i egen region.

Det var i utgangspunktet lagt opp til at Bufetats fagteam skulle ha en aktiv rolle i satsingen.¹⁴ I løpet av forsøksperioden ble fagteamenes funksjon i Bufetat endret. Dette fikk også konsekvenser for fagteamenes rolle i forhold til modellkommunene.

10.1.3 Koordinatorenes funksjon og rolle

Ved igangsettingen av Modellkommuneforsøket ble det opprettet seks stillinger – en i Bufdir og en i hver av de fem regionene i Bufetat. Stillingene ble rettet mot oppfølging og koordinering av satsningen mot barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre. Det ble søkt etter personer som ville jobbe som nasjonal pådriver i tiltaksutviklingen av det statlige barnevernet, eller pådriver i et målrettet prosjektarbeid regionalt som omfattet både enkeltsaker, implementering av kunnskapsbaserte tiltak, undervisning og bidragsyter i tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.¹⁵

Med utgangspunkt i tilsagnsbrev fra BLD til modellkommunene i 2007, ble koordinatorenes oppgaver definert slik:

- **Sikre framdrift ved:**
 - deltakelse i styrings- og arbeidsgrupper i modellkommunene
 - å arrangere erfaringsseminarer med modellkommunene
 - årlig rapportering fra modellkommunene på idéer og utvikling - til inspirasjon
 - å inspirere til utarbeidelsen av framdriftsplan i modellkommunene ut fra modellkommunenes oppdrag
 - å avklare oppdraget i dialog med kommunene

- **Etablere nettverk mellom kommuner ved å:**
 - arrangere arbeids- og erfaringsseminarer med modellkommunene - med faglig og organisatorisk fokus
 - initiere felles og samordnet opplæring mellom kommuner og tjenestenivåer i kommunene
 - initiere kontakt for erfaringsutveksling innen egen region og mellom regionene

- **Sikre kompetanseutviklende, faglig bistand, ved å:**
 - formidle kunnskap om ulike kompetansemiljø som kan bidra i henhold til modellkommunenes oppdrag
 - videreformidle kunnskap om teori, forskning, metoder og verktøy som kan bidra til å sikre modellkommunenes oppdrag
 - inspirere til kartlegging av behov for kompetanseutvikling i kommunene for å sikre modellkommunenes oppdrag / fylle kompetansebehov
 - formidle kunnskap om ulike behandlingstilbud for barn og foreldre
 - bistå kommunene med implementering av verktøy og metoder for avdekking av problematikk på feltet
 - bistå kommunene i utvikling av tiltak

Ved oppstarten av Modellkommuneforsøket fikk de regionale koordinatorene en viktig funksjon i å tolke og forklare BLDs/Bufdirs intensjoner med Modellkommuneforsøket, og hva som var forventningene til modellkommunene. Koordinatorene var også sentrale pådrivere i å få i stand regionale arenaer/møter for kompetanseutvikling, arrangere prosjektledersamlinger og nasjonale konferanser, etablere kontakt med fagmiljø mv.

Tilbakemeldingen fra modellkommunene er at de regionale koordinatorenes fagkompetanse, engasjement og pådriverrolle har vært et sterkt bidrag til at de har kommet så langt i sin modellutvikling som de faktisk har gjort. Også koordinatorenes funksjon som bindeledd mellom det statlige barnevernet (Bufdir og Bufetat) og kommuneledelsen har hatt selvstendig betydning for de resultatene som modellkommunene har oppnådd.

¹⁴ Se tildelingsbrev fra BLD til Bufdir for perioden 2008-2010.

¹⁵ Fra stillingsutlysningen kunngjort i november 2007.

10.1.4 Definerings og avgrensningen av forsøket

Gjennom evalueringen av Modellkommuneforsøket har kommunene gitt uttrykk for at utydelig definering av forsøket fra BLDs/ Bufdirs side har vært en utfordring i prosjektgjennomføringen. Manglende definering av effekt- og resultatmål ved oppstart medførte at kommunene ikke klarte å legge rammene for sitt arbeid. Det ble lagt stor vekt på kompetanseheving, men kommunene var usikre på hvilke forventninger som ble stilt til dem, og hva de skulle oppnå. Kommunenes beskrivelser av situasjonen de første 2-3 årene av forsøket tilsier at unødvendig mye tid og ressurser ble brukt på å forstå oppgaven og oppklare i misforståelser.

Ved oppstarten av forsøket ble en prosjektstyringsterminologi introdusert. Dette bidro til viktige avklaringer rundt organiseringen av arbeidet i hver kommune, og en nokså likeartet definering av prosjektleders og styringsgruppens funksjon. Fra sentralt hold (Bufdir) ble imidlertid ikke Modellkommuneforsøket planlagt og gjennomført i henhold til anerkjent prosjektstyringsmetodikk. Det ble verken definert klare resultatmål, etablert en hensiktsmessig styringslinje mellom Bufdir og Bufetat, definert milepæler eller beslutningspunkter.

Arbeidet med modellutvikling tok utgangspunkt i at hver kommune skulle stå fritt til å utvikle sin modell. Å gå løs på en så abstrakt oppgave uten noen sentrale føringer, viste seg å bli en krevende øvelse. For flertallet av modellkommunene tok arbeidet med å beskrive innholdet i modellen først til i 2013. Dette innebar at det, for de fleste kommunene, også ble begrenset tid til å evaluere og korrigere modellen.

Fra evaluators side er det framhevet som en vesentlig svakhet ved Modellkommuneforsøket at det ved oppstarten ikke ble definert et nullpunkt som det var mulig å måle modellkommunenes resultater opp imot. Det ble ikke foretatt noen kartlegging av situasjonen i kommunene ved oppstart, og det var ikke kjent hvor mange barn/familier i målgruppen kommunene allerede arbeidet med. Det ble heller ikke gitt noen føringer knyttet til å registrere utviklingen i antallet barn/foreldre i prosjektperioden, selv om dette ble etterspurt fra kommunene. Av den grunn er det derfor ikke mulig å si noe eksakt om hvor mange flere barn/familier som fanges opp gjennom innsatsen i modellkommunene, eller hvordan disse familienes behov for tjenester påvirkes av den oppfølgingen de har fått.

10.1.5 Tidsperspektivet

Modellkommuneforsøket startet i 2007 og ble avsluttet i 2014. Dette er lang prosjektperiode for denne typen nasjonale forsøk. Tanken var at barna/familiene som ble fanget opp skulle følges over en lengre tidsperiode, og at man skulle identifisere effektene av å arbeide målrettet med et barn/en familie over så lang tid. Tilbakemeldingene fra modellkommunene er at det lange tidsrommet for forsøket ga rom for å bygge opp kompetanse, bruke tid på å utvikle gode organisasjonsstrukturer, samarbeidsformer og rutiner. Dette blir av modellkommunene vurdert som en styrke ved Modellkommuneforsøket.

Samtidig beskriver mange av modellkommunene at det etter hvert ble en stor utfordring å holde fokus. Utskifting av ledere og medarbeidere medførte at det stadig var behov for å forankre Modellkommuneforsøket på nytt. Etter hvert dukket det også opp flere konkurrerende initiativ rettet mot samme målgruppe. Flere kommuner erfarte da at oppmerksomheten gikk mot det som var nytt og spennende. Særlig prosjektlederne i kommunene beskriver det som utfordrende å holde motivasjonen oppe, både hos seg selv og hos andre nøkkelpersoner, over en så lang periode.

10.1.6 Bruken og betydningen av tilskuddene

Modellkommunene skal på egenhånd etablere og drive det tverrsektorielle samarbeidet og utforme tiltak for målgruppen. Modellkommunene mottar årlig stimuleringsmidler fra Bufetat. Stimuleringsmidlene skal brukes til å videreutvikle kompetanse og endringstiltak tilpasset den

definerte målgruppen, i et tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, innenfor den eksisterende tjenestestrukturen. Bufetat har gitt føringer om at tilskuddet skal benyttes til:¹⁶

- reise og opphold i forbindelse med nasjonale og regionale konferanser
- frikjøp av nøkkelpersonell for arbeid med Modellkommuneforsøket
- kompetanseheving/seminarer lokalt
- innkjøp av aktuelt materiell
- anskaffelser /implementering av nye tiltak til barn /foreldre i målgruppen

I intervjuene har mange av modellkommunene gitt uttrykk for at stimuleringsmidlene har vært avgjørende for deres arbeid som modellkommune. Noen kommuner sier at det ikke hadde vært mulig for dem å prioritere kompetanseheving, fagutvikling og deltakelse på regionale og nasjonale konferanser uten tilskuddsmidlene. De framhever også betydningen av at vilkårene for å få tilskudd er tydelig presisert. Selv om beløpet til hver kommune ikke har vært så stort (i størrelsesorden 100 – 290 000 NOK), har dette gjort det mulig å prioritere utviklingsarbeid rettet mot målgruppen i perioder med anstrengt kommuneøkonomi.

¹⁶Tilsagn om stimuleringsmidler til modellkommunene i 2012, 2013 og 2014, med mindre endringer.