

FoU-RAPPORT

Lokale helsetjenester i Bindal og Ytre Namdal

Den som faller for alt; den faller
Følgeforskning delrapport 2

Heidi Haug Fjone
Oddbjørn Johansen

Nord universitet
FoU-rapport nr. 11
Bodø 2017

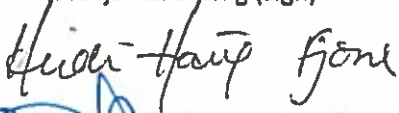

Lokale helsetjenester i Bindal og Ytre Namdal

Den som faller for alt; den faller
Følgeforskning delrapport 2

Heidi Haug Fjone
Oddbjørn Johansen

Nord universitet
FoU-rapport nr. 11
ISBN 978-82-7456-771-9
ISSN 2535-2733
Bodø 2017

Godkjenning av dekan

Tittel: BYN-prosjektet Lokale helsetjenester i Bindal og Ytre Namdal «Den som faller for alt; den faller» Følgforskning delrapport 2	Offentlig tilgjengelig: Ja	Publikasjonsnr. 11
	ISBN 978-82-7456-771-9	ISSN 2535-2733
	Antall sider og bilag: 40	Dato: 6. juni 2017
Forfatter(e) / prosjektmedarbeider(e): Heidi Haug Fjone Oddbjørn Johansen	Prosjektansvarlig (sign). 	
	Dekan (sign). 	
Prosjekt: Følgforskning av BYN-prosjektet	Oppdragsgiver(e) Bindal Kommune, Leka Kommune, Nærøy Kommune og Vikna Kommune	
	Oppdragsgivers referanse	
Sammendrag: Det er gjennomført følgforskning av tre tiltak i BYN-prosjektet, igangsatt for kommunene Bindal, Leka, Nærøy og Vikna. FOU rapporten presenterer vår vurdering av implementering av tre tiltak: <ul style="list-style-type: none"> ● Helsefremmende barnehager og skoler ● Kommunale drøftingsteam for barn og unge, samt ● Samarbeidsteam i Bindal og Ytre Namdal. 	Emneord: Følgforskning, helhetlige helsetjenester, helsefremming, samarbeid, samhandling	

Innhold

1	Innledning	3
2	Følgforskning av BYN-prosjektet.....	4
2.1	Kort om BYN-prosjektet.....	4
2.2	Presentasjon av fase 2	5
2.3	Metodebeskrivelse.....	6
3	Helsefremmende barnehager og skoler	9
3.1	Metodisk tilnærming.....	9
3.2	Barnehagene og skolenes vurdering av hvordan helsefremmende tiltak er implementert	10
3.3	Hvordan barnehager og skoler arbeider med helsefremmende tiltak.....	11
	Sunt kosthold	12
	Fysisk aktivitet.....	13
	Psykisk helse.....	14
3.4	Hvordan helsefremming er synlig for barnas foreldre.....	16
3.5	Utfordringer knyttet til helsefremmende arbeid	17
	«Men dette gjorde vi jo før også»- om forankring og systematisk arbeid	17
	Den som faller for alt; den faller.....	19
3.6	Oppsummering og konklusjon	20
4	Kommunevise drøftingsteam for barn og unge	23
4.1	Metodisk tilnærming.....	23
4.2	Presentasjon av de kommunevise drøftingsteam for barn og unge og våre observasjoner	24
	Leka	25
	Bindal	26
	Nærøy.....	26
	Vikna.....	27
4.3	Våre refleksjoner og kommentarer på drøftingsteamene sin virksomhet	28
4.4	Oppsummering og konklusjon	31
5	SiBYN - Samhandlingsteamet i Bindal og Ytre Namdal	32
5.1	Metodisk tilnærming	33
5.2	Hvordan arbeider SiBYN.....	33
5.3	Hvordan fremstår SiBYN i dag for aktuelle brukere og samarbeidspartnere	34
5.4	Observasjon av et møte	35
5.5	Våre refleksjoner og kommentarer på SiBYN sin virksomhet.....	36
5.6	Oppsummering og konklusjon	39
6.	Veien videre	40

1 Innledning

Prosjektets bakgrunn og historie

Fra oktober 2014 til mai 2015 hadde representanter fra (den gang) Høgskolen i Nord-Trøndelag (HINT) og representanter fra kommunene i Ytre Namdal og Bindal samtaler i forbindelse med et oppdrag om følgeforskning knyttet til implementering av tiltak i prosjektet "Lokale helsetjenester rus, psykiatri og somatikk i Bindal og Ytre Namdal». Prosjektet er et fellesprosjekt mellom kommunene Bindal, Leka, Nærøy og Vikna, samt Helse Nord-Trøndelag (HNT).

På bakgrunn av disse samtalene ble partene i mai 2015 enige om å inngå en samarbeidsavtale om et følgeforskningsprosjekt. Denne samarbeidsavtalen er forankret i den generelle samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene i Namdalen og HINT. Fra HINT (nå Nord Universitet) sin side er det universitetslektor/studieleder Heidi Haug Fjone og dosent Oddbjørn Johansen som står ansvarlig for følgeforskningen.

Oppdragsgiverne våre har hatt ønske om følgeforskning/aksjonsforskning i forbindelse med implementering og igangsetting av de ulike tiltakene som ble foreslått av styringsgruppa for BYN-prosjektet. Vi har valgt et design som innebærer at styringsgruppa (de fire lederne av helse- og omsorgstjenestene i kommunene og stedlig leder på DPS Kolvereid) og vi som forskere sammen velger ut både fokus og innhold i informasjonsinnhenting. Resultatet fra informasjonsinnhenting skal danne grunnlag for styringsgruppa og ledere i de fire kommunene til å foreta justeringer av de tiltakene som er igangsatt på bakgrunn av forprosjektet¹.

Følgeforskning skal pågå over 3 år. Dette er andre delrapport, som er bygd opp på følgende vis:

I innledning av rapporten tar vi utgangspunkt i hva BYN-prosjektet er, hva vi gjorde i fase èn av følgeforskninga, og hvordan vi har gjennomført fase 2.

Det er tre tiltak som er undersøkt: Tiltak helsefremmende barnehager og skoler, tiltak kommunevise drøftingsteam for barn og unge, og tiltak SiBYN (Samhandlingsteam i BYN). Rapporten er bygd opp med ett kapittel for hvert av tiltakene, slik at hvert av disse kapitlene kan leses separat dersom noen skulle ønske det. Dette innebærer at det er lagt opp til at hvert tiltak følges opp med en oppsummering og konklusjon.

¹ Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal, Sluttrapport med forslag til tiltak, 2015, s.28

2 Følgeforskning av BYN-prosjektet

2.1 Kort om BYN-prosjektet

BYN-prosjektet handler i utgangspunktet om fire kommuners og et helseforetaks helsetilbud til befolkningen i de fire kommunene. Bindal, Leka, Nærøy og Vikna representerer ca. 11.500 innbyggere og tilsvarer i geografisk omfang et område som er litt større enn Vestfold fylke. Kommunestørrelsen varierer mellom 560 til i overkant av 5000 innbyggere. To av kommunene er øysamfunn, hvor det ene er uten fast veiforbindelse. Samlet sett representerer innbyggerne ca. ¼ av Sykehuset Namsos sitt nedslagsfelt.

BYN-prosjektet har sin forankring i to forhold. Det første er samhandlingsreformen med påfølgende nye krav om oppgaveløsning på kommunalt nivå. Kravene er særlig rettet mot helsetjenestene og feltet som dekkes i den nye Folkehelseloven². Det andre er at BYN-prosjektet handler om å utnytte kommunenes samlede ressurser på en bedre og mer effektiv måte i forhold til det tilbudet den enkelte kommune kan gi alene.

Prosjektets målsetting har vært:

Etablere et koordinert tilbud til befolkningen når det gjelder psykiatri og rus, sammensatte helseproblemer og somatikk i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

Dette skal omhandle:

Forebygging – Tidlig innsats – Krise-/øyeblikkelig hjelp – Samordnet behandling – Ambulante tjenester – Robuste fagmiljø

Prosjektets mandat har vært:

.. videreutvikle tjenestetilbudet i Bindal og Ytre Namdal ved å utarbeide en plan med forslag til igangsetting og utprøving av konkrete tiltak som vil gi et mer helhetlig, koordinert og helsefremmende behandlingstilbud innen psykiatri og rus, sammensatte helseproblemer og somatikk³.

Ut fra sluttrapporten kan det synes som at kommunene hovedsakelig har hatt fokus på at de fire kommunene er små, og en har tenkt at med økt samarbeid mellom kommuner får en bedre utnyttelse av fagpersonene. Samarbeidet vil medføre bedre utnyttelse av kommunenes samlede ressurser og kompetanse på tvers av kommunegrensene. I tillegg har en hatt fokus på samhandling og kompetansebygging i egen organisasjon. Dette kommer til syne i de fire delmålene prosjektet arbeidet etter:

1. Forebygging og tidlig innsats
2. Krise/øyeblikkelig hjelp
3. Samordnet behandling for mennesker med alvorlige og sammensatte lidelser

² Melding til Storting 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» og Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (Lov 2011-06-24-30)

³ Fra «Prosjekt «lokale helsetjenester – Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» Sluttrapport med forslag til iverksetting av tiltak Styringsgruppa 12. januar 2015.»

4. Robuste fagmiljø

Det er lagt stor vekt på at det skal utvikles sammenhengende tilbud til innbyggerne, noe som kommer klart fram i det prosjektet benevner som viktige veivalg. Her fremheves tre sentrale føringer for arbeidet:

- 1 Styrke og bygge på de grunntjenestene og de ressursene vi allerede har – både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten
- 2 Tiltakene skal henge sammen i en tiltakskjede
- 3 Nye tiltak skal tette hullene i dagens tjenestetilbud

2.2 Presentasjon av fase 2

I perioden september til oktober 2015 gjennomførte vi første datainnsamling i forbindelse med følgeforskning av BYN-prosjektet. Resultatet ble publisert i "Lokale helsetjenester- psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal. Følgeforskning, delrapport 1"⁴. Rapporten ble overlevert ledergruppen i BYN-prosjektet og presentert muntlig for gruppen i desember 2015.

Undersøkelsen hadde følgende to fokusområder:

- Kunnskap, erfaringer og utfordringer knytta til samhandling og samarbeid
- Kjennskap til prosjektets målsetting og tiltak

Det ble gjennomført 10 fokusgruppeintervju. Informantene representerte ulike sektorer i de fire kommunene, samt at informanter i to av de 10 fokusgruppene var ansatte fra Helse Nord-Trøndelag Helseforetak.

Etter at rapporten fra prosjektets fase en (delrapport 1) var framlagt, fikk forskerne i oppdrag å lage et forslag til hvilke områder det ville være naturlig å se på i fase to. Forslaget⁵ ble utformet etter samtaler med styringsgruppen for prosjektet og oversendt styringsgruppa for behandling. Styringsgruppa ønsket ikke å gjøre endringer. I arbeid med datainnsamling for fase 2 ble det gjort noen endringer for datainnhenting, noe som beskrives senere i rapporten.

Målsettingen for følgeforskningen i prosjektets fase 2

Målsettingen var å se nærmere på følgende tre tiltak: Helsefremmende barnehager og skoler, kommunale drøftingsteam for barn og unge, og SiBYN.

Hensikten med å gå nærmere inn på de nevnte tiltakene på nytt i fase 2 var å undersøke hvordan implementeringen hadde gått. Styringsgruppen ønsket å få kunnskap om hvordan tiltakene fungerer ut fra BYN-prosjektets målsetting om å tilby helhetlige tjenester, og om mulig avdekke om det er nødvendig å gjennomføre andre intervensjoner enn de som per i dag er igangsatt for at tiltakene skal lykkes i tråd med intensjonene i hovedprosjektet.

⁴ Lokale helsetjenester- psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal. Følgeforskning delrapport 1, 2015

⁵ Johansen, O og Fjone, Heidi H: Forslag til Fokus og gjennomføring av Andre del av Følgeforskning tilknyttet prosjektet Lokale helsetjenester- psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal

Vi har vurdert de tre tiltakene opp mot følgende sentrale veivalg i BYN-prosjektet⁶:

1. Styrke og bygge på de grunntjenestene og de ressursene vi allerede har, både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten
2. Tiltakene skal henge sammen i en tiltakskjede
3. Nye tiltak skal tette hullene i dagens tjenestetilbud

I delrapport 1 som hadde fokus på de ansattes kjennskap til prosjektets målsetting og tiltak konkluderer vi med følgende:

Helsefremmende barnehager og skoler (tiltak 1) var allerede startet opp i barnehagene, og var dokumentert som del av den enkelte barnehages årsplan. Det var stor kompetanse og bevissthet knytta til satsingen. Tiltaket helsefremmende skoler var ikke iverksatt, og kunnskap om tiltaket varierte. Det var flere informanter som lurte på hva som skulle skje og hvilken form tiltaket skulle ha.

Kommunale drøftingsteam for barn og unge (tiltak 5) hadde ulike utfordringer knytta til etablering og drift av teamene. Organiseringa var ulik fra kommune til kommune, der Nærøy som eneste kommune hadde organisert seg slik prosjektet skisserte; der hadde man valgt å formalisere de saker som skulle tas opp i teamet. De øvrige kommunene hadde delvis annen sammensetning av temaene enn skissert i tiltak 5 og flere hadde valgt å videreførende eksisterende møter, i all hovedsak organisert ut fra skoler eller barnehager.

SiBYN (tiltak 12) var kjent for de som satt i samhandlingsteamet. Foruten de som var medlemmer av samhandlingsteamet var tiltaket lite kjent. Helseforetaket hadde stor tro på SiBYN-tiltaket og mente at det representerte en annen måte å jobbe og tenke på når det gjaldt behandling for pasienter med psykiatri- og rusproblematikk. Det ble fra flere hold, både i kommunene og i helseforetaket, skissert utfordringer knytta til organisering og ansvarsforhold i et slikt interkommunalt team.

2.3 Metodebeskrivelse

Følgforskning, følgeevaluering og aksjonsforskning er metoder som har mye til felles. De bygger alle på en prosess eller normativ tilnærming til forskningsfeltet. Dette betyr at en forsker sammen med de det forskes på. Evalueringsformen har store likheter med det som internasjonalt omtales som "participatory research" eller "collaborative research"⁷ (Herda 1999), hvor forskere og virksomhetsaktører arbeider sammen med å identifisere og reflektere over problemområder for å komme frem til en felles forståelse som utgangspunkt for endring i organisasjonen.

Hovedformålet med en slik metodisk tilnærming er å sikre bruk og nytte av forskningsresultatene i den praksis der undersøkelsen foregår. Svakheten med en slik tilnærming blir at det vil være vanskelig å trekke noen allmenne og generelle konklusjoner ut av forskningen. Styrken ligger i at resultatene og nytten er særs relevant for det praksisfeltet en forsker sammen med.

I følgforskning er praksisfeltet i stor grad med på å bestemme hva det skal forskes på og hvordan det skal forskes. Målet er å skape en prosess hvor læring og forbedring av forskningsområdet er i fokus.

⁶ Prosjekt «Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal, Sluttrapport,2015 s. 9

⁷ Herda, E.A, (1999) Research Conversations and Narrative – A critical Hermeneutic orientation in Parcipatory Inquiry. London, Praeger

En ønsker med andre ord å komme fram til bidrag til forbedringer i tiltaket og søke oppmerksomhet rundt ulike sider av forskningsobjektet mens tiltaket pågår. I følgeforskningen vil en søke å finne ut av på hvilken måte strukturelle, organisatoriske og faglige forutsetninger påvirker arbeidsmetoden eller tiltaket som er igangsatt⁸. Følgeforskningens/ følgeevalueringens mål er å skape en prosess hvor en får fram deltakernes erfaringer og synspunkter på egen virksomhet eller arbeidsmetoder. Erfaringene brukes til å videreutvikle arbeidsmetoden eller tiltaket slik at det blir mest mulig effektivt, eller i større grad innfrir den opprinnelige målsettingen for tiltaket. Kollektiv bevissthet, læring og endring er derfor viktige elementer i følgeforskningen.

Sletterød⁹ beskriver følgeevaluering slik:

Følgeevaluering er systematisk og målrettet kunnskapsutvikling og læring, men er egenartet når det gjelder: (1) kommunikasjonen mellom evaluator og partene i prosjektet, (2) fokus for kunnskaps utviklingen, (3) brukerorienteringen av kunnskapen, (4) strategier for etablering og utforming av læringsarenaer og læringsaktiviteter samt (5) de ulike aktørenes medvirkning på læringsarenaene.

Dialogen mellom forskerne og de andre aktørene i det aktuelle utviklingsprosjektet er et viktig redskap i følgeforskningen. Dialogen har som mål å bevisstgjøre, bidra til utforskning og utprøving, problematisere, og øke aktørenes evne til selv å se kritisk på egen virksomhet. Målet med følgeforskningen er å avdekke de strukturelle, kulturelle og organisatoriske og juridiske betingelser som støtter eller hindrer utvikling av prosjektet. Med bakteppet man da skaper kan de som har bestilt følgeevalueringen justere kursen i den enkelte tiltak, avslutte tiltak som ikke støtter opp om målet, eller iverksette andre tiltak for å nå målet for prosjektet.

Som følge av ovenstående har vi derfor i intervju og observasjonssituasjoner lagt vekt på å kommentere det vi har sett og hørt, for så å gi tilbake vårt bilde av det vi har sett eller opplevd. Gjennom dialog har vi sammen med deltagerne hatt fokus på å gi dem mulighet til å se hva det er som fremmer eller hemmer utviklingen av det de holder på med; herunder å vurdere hvilke strukturelle, kulturelle, organisatoriske og juridiske betingelser som er med på å legge føringer for videre arbeid i tiltaket. Vi hadde også et ønske om at våre intervensjoner der og da kunne gi aktørene en mulighet til å finne nye strategier for arbeidet. Målet har vært å øke deltagerens bevissthet om de hindringer som er til stede i organisasjonen for at de skal lykkes med utviklingen av kommunenes tilbud til befolkningen i Bindal og Ytre Namdal.

Denne delen av følgeforskningen har foregått i perioden september 2016 - mars 2017. I den opprinnelige fremdriftsplanen til følgeforskningsprosjektet skulle fase to være ferdig sommeren 2016. På grunn av forsinkelse i implementering og oppstart av de ulike tiltakene ønsket styringsgruppen at fase to ikke ble gjennomført før høsten 2016. I datainnsamlingsperioden oppsto det ytterligere forsinkelser på grunn av uforutsette hendelser. Det har i tillegg vært krevende å finne tidspunkt for gjennomføring av observasjonsstudiene, noe som også har bidratt til forsinkelsen.

Det er valgt ulik innfallsvinkel og ulike datainnsamlingsmetoder i undersøkelsen av de utvalgte tiltakene. Metodisk tilnærming beskrives knyttet til det enkelte tiltak.

I forslaget til fokus og gjennomføring av fase to av følgeforskningsprosjektet hadde vi også skissert å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse for å få ytterligere kunnskaper om tiltaket SiBYN, samt intervju med ledere for de interkommunale tjenestene og helseforetaket. Med utgangspunkt i den

⁸ Sissel Sverdrup (2014) Evaluering Tilnærming, modeller og eksempler Gyldendal akademiske Oslo

⁹ Niels Arvid Sletterød Følgeevaluering og følgeforskning – endringsagent i eller forsker på bedriftsutvikling. I: Knut Inge Fostervold og Tor Endrestad (red) 2000. *Ved inngangen til Cyberspace – ergonomisk tekning inn i et nytt årtusen* Nordiska ergonomisällskapet

informasjon som framkom i fokusgruppeintervju, observasjonsstudier og samtaler med enkeltpersoner har vi valgt å ikke gjennomføre disse intervjuene/spørreskjemaundersøkelsen. Erfaringer og opplevelser knytta til implementering kom godt fram i fokusgruppeintervju og observasjonsstudier. Vi mener å ha fått meget god innsikt i implementering av tiltakene, og hvilke forhold som hemmer og fremmer hvorvidt tiltaket lykkes eller ikke. Vi har i så måte nådd metning i informasjon gjennom datainnsamlingen som er gjennomført.

3 Helsefremmende barnehager og skoler

I sluttrapporten¹⁰ til styringsgruppa for BYN-prosjektet er tiltaket *Helsefremmende barnehager og skoler* presentert som tiltak 1 under delmål 1; Forebygging og tidlig innsats:

Målsetting/hensikt:

Målet med helsefremmende barnehager og skoler er å skape trygge og gode oppvekstvilkår for barn og unge ved implementering av retningslinjer på følgende 4 innsatsområder: Sunt kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og rusforebygging. Barnehagene og skolene skal tilrettelegge for god fysisk og psykisk helse, fange opp barn i risiko, eller barn som allerede har fysiske og/ psykiske vansker. I tillegg til retningslinjene er det utarbeidet handlingsplan for hvordan ansatte i barnehagene og skolene skal melde bekymring til riktig instans, og dermed bidra til at barnet og familien får riktig hjelp og bistand (tiltaksrapport). Dette innbefatter bl.a. hvilke tegn man skal se etter, loggføring av bekymringer, når og hvordan ta "Den nødvendige samtalen".

Tiltaket og hensikt med tiltaket er ikke ytterligere beskrevet.

Det foreligger *Forslag til Retningslinjer for barnehager*¹¹, utviklet av arbeidsgruppe knytta til delmål 1, Forebygging og tidlig innsats.

Styringsgruppa for BYN-prosjektet ba oss se på hvordan tiltaket er implementert i de respektive kommuner. Vi vurderte at den beste måten å gjøre dette på var å intervju skoleledere og barnehagestyrere kommunevis om dette.

Vi ønsket konkret å få kunnskap om hvordan de hadde jobbet med implementering av helsefremmende fokus i den enkelte barnehage og skole. Videre ønsket vi å få kunnskap om hvilke tiltak man hadde iverksatt på kommunalt nivå og for den enkelte skole/barnehage, og slik sett få en oversikt over hvilke endringer som har skjedd som følge av tiltaket. Til sist ville vi framskaffe kunnskap om hvordan fokuset på helsefremmende skoler og barnehager er synlig for barn og foreldre i BYN-kommunene.

I dette kapitlet presenterer vi metodisk tilnærming, barnehagenes og skolens vurdering av hvordan helsefremmende tiltak er implementert, en beskrivelse av hvordan barnehager og skoler arbeider med helsefremmende tiltak, hvordan helsefremming er synlig for foreldrene, og utfordringer i det helsefremmende arbeidet. Kapitlet avsluttes med oppsummering og konklusjon.

3.1 Metodisk tilnærming

Det er gjennomført fokusgruppeintervju i alle de fire kommunene. Barnehagene og skolene i BYN er av ulike størrelse. Størrelsen varierer fra barnehager som ikke har noen barn i 2017 til barnehager

¹⁰ Prosjekt Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal. Sluttrapport med forslag til tiltak, 2015,

¹¹ Helsefremmende barnehager i ... kommune. Forslag til retningslinjer utarbeidet av arbeidsgruppa i BYN.

som har godt over 100 barn, og skoler som har fra 8 elever til skoler som har flere hundre elever. Det ser ikke ut til at størrelsen på barnehagen eller skolen har noe å si for hvilket fokus og hvilke aktiviteter informantene forteller om.

Informantene var styrere eller tilsvarende for barnehagene og rektorer for skolene. Det er gjennomført fokusgruppeintervju med rektor og barnehagestyrer for Leka sammen, da de kun var to ledere for tjenesten på Leka. Det er gjennomført intervju med begge rektorer og barnehagestyrer sammen i ett intervju for Bindal kommune. I Nærøy og Vikna er det gjennomført totalt fire intervju. I disse to kommunene er rektorer og barnehagestyrer intervjuet hver for seg.

Bindal har én privat skole, og Vikna har flere private barnehager. For disse to kommunene har ikke rektor eller styrer for barnehagene i den private skolen/barnehager deltatt i fokusgruppeintervjuet. Det betyr at vi ikke kan si noe om hvorvidt disse institusjonene gjennomfører tiltaket *helsefremmende barnehager og skoler*, eller ikke.

Som forskere har vi vært aktivt deltagende i datainnsamlingen. Vi har utarbeidet en relativt åpen intervjuguide til støtte i datainnsamlingen. Utgangspunktet var at informantene skulle få snakke om de ulike tema så åpent og fritt som mulig. Vi deltok med utdypende spørsmål og kommentarer knyttet til det enkelte tiltaket og gjennomføringen av dem, i den grad det vil bidra til økt kunnskap. Vi tok til slutt også opp tema fra intervjuene til nærmere diskusjon.

Alle fokusgruppeintervju varte fra 50 – 75 minutter, og intervjuene ble tatt opp på opptaker. Intervjuene er lyttet til, og det er tatt notater fra gjennomlyttingen. Ingen intervju er skrevet ut i fulltekst.

Vi har gjennomført dokumentgjennomgang av tilgjengelige dokumenter knyttet til prosjektet. Det er gjennomført samtaler med flere av informantene i ettertid for å stille oppklarende spørsmål og avklare eventuelle misforståelser fra fokusgruppeintervjuene.

Data som presenteres er organisert ut fra tiltaket. Analysen tar utgangspunkt i den overordnede målsettingen for BYN-prosjektet. Vi har trukket ut tema og områder fra datainnsamlingen som kan bidra til å belyse situasjonen og utfordringsbildet knyttet til tiltaket *helsefremmende skoler og barnehager*.

3.2 Barnehagene og skolenes vurdering av hvordan helsefremmende tiltak er implementert

Som en start på hvert fokusgruppeintervju ønsket vi at informantene skulle definere hva de legger i begrepet helsefremming generelt. En sammenfatning av svarene var at *helsefremming handler om trygghet og omsorg, om å skape gode vaner og bygge opp under grunnverdier barna kan ta med seg videre i livet. Det må skapes et perspektiv hos barna på hvordan blir det for meg og hvordan blir det for andre. Man må ha både et individuelt og et gruppe-perspektiv, på kort og lang sikt. Målet er at man skal utdanne til gagns mennesker, og at man skal utdanne folk til å ivareta sin egen helse.*

Det kan se ut til at sitatet over danner fundamentet i forståelsen av helsefremming for rektorer og barnehagestyrere i BYN. For oss var det et utgangspunkt for å konkret rette fokus på BYN-prosjektets delmål om helsefremmende fokus i barnehager og skoler.

På spørsmål om de mente at prosjektets delmål om helsefremmende skoler og barnehager nå var implementert i den enkelte enheten, svarte alle ja. Alle oppgir å ha et helsefremmende fokus i barnehager og skoler, men de påpeker at det helsefremmende fokuset ikke startet med tiltakene i BYN-prosjektet. En av informantene sier at *vi arbeidet med disse sakene før også, men en kan si at det helsefremmende arbeidet er blitt mer systematisert*. Flere av informantene pekte på at prosjektet og systematisk arbeid har ført til økt bevissthet knyttet til helsefremming. Følgende eksempel fra barnehagene i Nærøy kommune viser dette: *Som en følge av BYN-prosjektet har tiltaket nå fått enda større fokus, og ulike forhold relatert til helsefremmende barnehager er blitt implementert i planverket for alle barnehagene i kommunen. Dette gjelder for eksempel tiltaksplan mot mobbing som er felles for alle kommunens barnehager*. I fokusgruppeintervjuet var det en tydelig samstemthet blant alle barnehagelederne. Dette tolkes som at de har arbeidet mye med å skape felles forståelse for hva de legger i å være helsefremmende barnehager.

3.3 Hvordan barnehager og skoler arbeider med helsefremmende tiltak

Lærere og førskolelæreres holdninger og bevissthet om helsefremming har betydning for barn og foreldres oppfatning av helsefremming. I fokusgruppeintervjuene trekkes to betydningsfulle forhold fram: Kunnskapsnivået /fokus i det enkelte fag, samt lærer og førskolelærer som rollemodell. I barnehagen i Bindal har de økt kunnskapsnivået blant ansatte gjennom å invitere en ernæringsfysiolog til å snakke med ansatte i barnehagen om sunt kosthold. Ernæringsfysiologen var med og ga ansatte mer kunnskap, og gjorde ansatte mer oppmerksom på hvilke grep de kunne gjøre for å ha et økt helsefremmende fokus. *Når vi er på jobb skal vi forholde oss til retningslinjene, i alle fall skal personalet det. Vi kan selvfølgelig ikke oppdra foreldrene, men vi kan snakke med dem om hvilket fokus vi setter*. Det var tydelig at *helsefremmende barnehager* var oppfattet som et godt tiltak, som skapte mer fokus i arbeidet til de ansatte, bidro til å gi kunnskap om hvordan de selv skulle opptre på arbeidsplassen, og hva de konkret kunne gjøre overfor barna.

Eksemplets makt ble oppgitt å være viktig og nyttig i møte med barn. *Lærerens aktiviteter og valg i skolen, knyttet til kosthold og fysisk aktivitet er viktig for hva barna senere kommer til å gjøre. Om læreren deltar i den fysiske aktiviteten som barna skal gjennomføre, om lærerne har søtsaker på pauserommet, om det arrangeres vinlotteri; alt dette har totalt sett betydning for hvordan barna senere oppfatter hva som er legitimt å gjøre og ikke. Læreren er en viktig rollemodell*. Det fortelles her at lærerens atferd har betydning for hva elevene senere gjør, og at det derfor er viktig å være bevisst på sin egen rolle som lærer.

Det fortelles likevel at lærerne handler noe ulikt. *Ulike lærere har forskjellig fokus. Det er avhengig av hvem du møter og hvilke svar du får knyttet til helsefremmende tiltak. Noen kan si at dyrkingen av grønnsaker i drivhuset er vårt bidrag i det helsefremmende arbeidet. Dette handler om å klare å koble sammen fag, fordi man har fokuset helsefremming. Og da kan man også se ulike ting som er helsefremmende. Målet må være at det er en vane/selvfølge at helsefremming etterspørres. Temaet må holdes varmt hele tiden*.

Som det beskrives her setter lærer og førskolelærer sitt eget preg på det helsefremmende arbeidet, innen de ulike tiltakene. Helsefremming er et samlebegrep og en rekke ulike tiltak kan bidra til et helsefremmende fokus.

Vi har tatt utgangspunkt i de fire innsatsområdene skissert i tiltaket¹² når vi presenterer skolene og barnehagens arbeid knyttet til helsefremming. De fire er *sunt kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og rusforebygging*.

Sunt kosthold

Det er markert forskjellig fokus på kosthold og ernæring mellom barnehager og skoler. I all hovedsak er barnehagene matpakkefrie, selv om det er forskjeller fra barnehage til barnehage. Dette innebærer at en i barnehagene for det meste tilbereder maten for barna.

Barnehagene i Vikna er et eksempel. *Vi har matpakkefrie barnehager. Dette innebærer at alle barn får mat i barnehagen. Maten betales over faktura sammen med betaling for barnehageplassen. Tidligere betalte man i barnehagen. Dette har medført endret fokus fra foreldrene, der foreldrene ikke har det samme fokuset på hvilken mat som serveres lengre. Tidligere var også foreldrene opptatt av at barna måtte få kose seg i barnehagen, for eksempel på bursdager. Kos var stort sett knyttet til søtmat. Nå har vi kos ved bursdager med krone, sang og aktiviteter. Det serveres ikke mat i forbindelse med bursdagsfeiringer. Nå har vi lite søtt. Frukt og grønt står framme i barnehagen hver dag, og det serveres stort sett brødmåltider ellers. Det er begrenset med sorter pålegg, noe som gjør det enklere for barna å velge. Varm lunsj serveres sjelden. Barna sier da ofte at de ikke liker maten. Kjøkkenet er ikke dimensjonert for å lage mat til alle barna, ei heller for brødbakst. Vi har heller ikke tid til dette. Vi hadde ønsket en kjøkkenassistent som kunne hatt fokus på mat og kosthold, men det har vi ikke pr nå. "Det berømmelige fiskemåltidet, bønner og linser"- DET har vi ikke mulighet til. Og personalet er lei av kjøkkentjeneste.*

I Bindal var en i barnehagen opptatt av at kostholdet til barn var foreldres ansvar. De så likevel at det var mye en kunne gjøre i barnehagen som kunne hjelpe barn til et mer bevisst og sunnere kosthold. *Selv om foreldrene har ansvaret så er det ting vi kan gjøre i barnehagen: Vi kan snakke om hvor mye majones man kan ha på brødskiva, vi kan snakke om å lære å kjenne etter om man begynner å bli mett - 2 eller 5 brødskiver. På den måten får vi et forebyggende perspektiv, selv der man ikke får foreldrene i tale/fokus. Økonomi er en utfordring. Barnehagen får midler til frukt og klarer derfor å være fem-om-dagen-barnehage.*

Alle barnehager trakk fram bursdagsfeiring som en "situasjon" der det var gjort store endringer relatert til nettopp kostholdet. Et høyt antall barn i barnehagen medførte at det ble svært mange bursdagsfeiringer, med mye kaker og søtsaker. Barnehagestyrerne var godt fornøyd med at feiringene nå hadde fått annet fokus enn kaker og søtsaker som kos.

Barna på skolen hadde med matpakke hjemmefra. I perioder hadde det for enkelte skoler vært ordning med skolemåltid. På intervjutidspunktet var det bare skolen på Leka som oppga at de hadde skolelunsj, tre dager pr uke. I Nærøy var det tidligere ordning med skolemåltid et års tid. I starten var det mye motstand fra barna knyttet til maten som ble servert. Barna ønsket å ha med egen mat fordi de ikke likte det som ble servert. I løpet av året endret holdningen seg. Et eksempel var at ca. 10 % av barna spiste havregrøt i starten av skolemåltidsordningen. Ordningen ble avviklet etter et års tid på grunn av manglende penger til gjennomføring. En erfarte at elevenes matpakkevaner gikk tilbake til det gamle igjen relativt raskt etter at ordningen ble avsluttet.

I Bindal ble det tydelig uttalt at det var foreldrene som hadde ansvaret for kostholdet til barna. På tross av det spurte de gjerne om elevene hadde spist frokost før de kom på skolen. Tidligere fikk skolen tilskudd til frukt som kunne serveres til elevene. *Vi ser at det blir sosiale forskjeller når man har*

¹² Prosjekt Lokale helsetjenester- psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal. Sluttrapport med forslag til iverksetting av tiltak, 2015, s.10

tatt bort skole-frukt. Vi har ikke råd uten økonomisk tilskudd, og dessuten er jo mat foreldres ansvar. Vi ser at det er ikke så mange som har med frukt. Noen har innbydende matpakker, mens andres ikke er så innbydende.

Her trakk ansatte fram at de oppfattet at det var uheldig at skolefruktordningen hadde opphørt. Det medførte at forskjellene på kostholdet til elevene ble enda større enn det var tidligere. I et helsefremmende perspektiv var det uheldig, selv om det var foreldrene som til syvende og sist hadde ansvaret for barnas kosthold.

Fysisk aktivitet

Det var tydelig satsing på fysisk aktivitet i barnehagene og i skolene. Fysisk aktivitet var det området alle nevnte og som alle hadde tatt tak i, men også her understreket informantene at det å ha fokus på fysisk aktivitet ikke var noe man har startet med som en direkte følge av at BYN-prosjektet ble etablert.

Skolelederne i Nærøy og Vikna forteller at de for mange år siden startet med å øke den fysiske aktiviteten i skolen. Det ble gjennomført ulike aktiviteter fra skole til skole. Eksempler på dette var at alle elever på noen skoler startet hver skoledag med en ti minutters gåtur. Noen hadde uteskole et bestemt antall timer (varierte på ulike klassetrinn). På samme tid sa de at det ikke var like stor bevissthet om å drive med organisert fysisk aktivitet på alle skoler. Utfordringen knyttet til å finne tid for å gjøre alt man gjerne skulle ha gjort, ble trukket fram. *Alt skal inn i skolen. Vår tilnærming ble at vi ikke skulle finne opp kruttet på nytt. Når vi kartla hva vi faktisk gjorde fant vi at vi faktisk gjorde /gjør ganske mye. I sum er mye bra!*

Barnehagen på Leka hadde systematisert opplegg for fysisk aktivitet. Det hadde vært nødvendig da det viste seg at barn i barnehage ikke var så fysisk aktiv som man kunne tro, ifølge styrer for barnehagen. Aktivitetsprogrammet MiniRøris gjennomførtes i barnehagen 1-2 ganger pr uke. Et annet eksempel på aktivitet i barnehagen var svømming og gåturer i nærmiljøet. I barnehagene i Vikna hadde man valgt å IKKE satse på programmer, men de sa at BYN-prosjektet har nok gitt noe økt fokus på betydningen av utetid og friluftsliv. Som en konsekvens av dette var alle barn i offentlige barnehager i Vikna på tur hver uke. DET (utetid) var en del av en plan og det var satt i system. *Vi er så heldige å ha flotte uteområder med gapahuk, fjæra er nært, osv.*

Skolen på Leka forsøkte også å ha fokus på utetid, mellom annet gjennom å flytte klasserommet ut. En hadde et tverrfaglig fokus der flere ting ble kombinert, blant annet gjennom Den naturlige skolesekken. Den naturlige skolesekken (DNS) var en nasjonal skolesatsing fra utdannings- og miljømyndighetene. Satsingen skulle bidra til at barn og unge gjennom opplæringen fikk kunnskap om og skulle bli bevisste på bærekraftig utvikling og klodens miljøutfordringer.

Barnehager og skoler i Bindal er underlagt føringene i Nordland Fylkeskommune. Nordland Fylkeskommune hadde egne kriterier for om skolen eller barnehagen kunne defineres som å være helsefremmende skole og barnehage. Det ble gjennomført kartlegging/vurdering slik at man kunne få en status for eget arbeid med helsefremming. I Bindal kommune hadde det nettopp vært gjennomført slik vurdering på tidspunktet for fokusgruppeintervjuet.

Hos oss har vi akkurat hatt evaluering av om vi kan defineres som helsefremmende skole og barnehage. Et av kriteriene er at alle barn skal være fysisk aktive 90 minutter hver dag i barnehagen, og de skal være så aktive at de blir svette. Det er svært vanskelig å nå 90 minutter. Vi har ikke klart det enda. På de andre områdene ligger vi bra an. Konklusjonen etter at de hadde gjennomgått kriteriene

var at de dekket alle områder for helsefremming, med unntak av fysisk aktivitet; det måtte det satses mer på. *Det handler da ikke om å gjøre nye ting, men å gjøre litt mer av det som allerede gjøres (tur i skog og mark, aktiviteter som går over tid). I tillegg må vi lære oss å ikke tenke så stort. Det er summen av alle små ting det handler om. Kriteriene er til god hjelp for oss i dette arbeidet. De hjelper oss til å se hva vi skal satse på.* For å kunne definere seg som helsefremmende skole og barnehage måtte de øke omfanget av fysisk aktivitet. Det var ikke et krav at de skulle sette i gang nye aktiviteter for barna, men at de satset enda litt mer på tiltakene de allerede har iverksatt.

Friluftsrådet som hadde fått oppgaven med å hjelpe skolene i Nordland å bli helsefremmende i større grad. Det var altså ikke en kobling mellom barnehage og skole. Dersom man klarte å fylle kriteriene for helsefremming i skolen kunne en få belønning på ti tusen kroner som kan benyttes til ytterligere helsefremmende tiltak. *Friluftsrådet tilbyr kurs og ressurser for at vi kan lære oss hvordan vi kan lage gode læringsaktiviteter innen fysisk aktivitet.*

Psykisk helse

Felles for alle fokusgruppene var at de hadde fokus på gruppeaktiviteter. Det ble beskrevet ulike aktiviteter, så som at barna gikk på tur sammen hver morgen, feiring av bursdag i fellesskap, at en hadde fellesturer på fjellet og i lysløypa. Denne typen aktiviteter kunne forstås delvis som å handle om å være fysisk aktiv. I tillegg hadde aktivitetene et klart sosialt aspekt som ble framhevet i større og mindre grad. Barna gjorde felles aktiviteter og feiret bursdag på samme måte. Det ble skapt en likhet og et fellesskap når ting ble gjort i fellesskap. Noen ganger var fellesskapet en definert liten gruppe barn, andre ganger kunne det være hele skolen. I tillegg erfarte en at miljøet på skole og i barnehage ble styrket når man hadde vært på tur sammen, og når en hadde et felles fokus på at alle skulle ha det bra på skolen. Et eksempel på det siste er Trivselsprogrammet som tre av skolene var i oppstartsfasen eller i gang med. Trivselsprogrammet var et elevstyrt mobbeforebyggende program som ble gjennomført 15 min to ganger pr uke. På Leka fortalte de at Trivselsprogrammet hadde vært et løft for elevene, særlig hadde det styrket samholdet elevene mellom. Trivselsprogrammet var i oppstartsfasen også i Nærøy og Vikna. Dette var det eneste programmet vi identifiserte som var styrt fra elevene selv.

Foruten konkrete aktiviteter i skole- og barnehagehverdagen ble ulike program /tiltak som på sikt kunne være med å initiere andre typer tiltak, beskrevet. Et eksempel på dette fortalte skolelederne i Nærøy om. Der hadde man endt opp med et konkret helsefremmende tiltak knytta til å lage/kartlegge rutiner for krenkende atferd. Arbeidet var etter det vi oppfattet ikke ferdig enda. Når man iverksetter slikt kartleggingsarbeid kan det medføre endret praksis eller nye tiltak som følge av kartleggingen. Hvordan en eventuelt skulle håndtere funnene i kartleggingsarbeidet ble ikke diskutert. Skolelederne var opptatt av å fortelle at dette nok ikke var et resultat av BYN-prosjektet, men noe de måtte gjøre uavhengig av det. Men det ble definert som et helsefremmende tiltak.

Et annet eksempel kom fra skolene i Vikna kommune. *Etter kartlegging av hvilke aktiviteter vi allerede gjennomfører, ser vi at vi på området psykisk helse kan bedre oss. Med psykisk helse tenker vi på det å være med, bli inkludert, å ta med de som står alene, øke robustheten til elevene. Vi har blant annet PALS og MOT, men det er ikke tilstrekkelig. Begge deler bidrar helt klart til å bedre den psykiske helsa. Utfordringen med MOT er at det blir mer som et stunt, en isolert hendelse. Noe som skjer på et bestemt tidspunkt, og så klarer vi ikke helt å dra veksler på det i de øvrige dagene på skolen. PALS fungerer godt på barnetrinnet, men vi mangler noe på ungdomstrinnet. Det må vi arbeide med. Vi har utfordringer knyttet til psykisk helse - for de ungdommene som sliter. Her trenger vi mer kompetanse. Det kan handle om skolevegring, ustabilitet, det kan være store ting de bærer med seg. Skolen må*

håndtere dette, selv om andre instanser hjelper eller konkluderer med at de ikke kan gi noen hjelp. Uansett så forventes det at skolen skal gi alle elever et godt skoletilbud og ivareta elevene. Dette opplever vi er en stor utfordring.

Slik vi forsto utsagnet så hadde skolene i Vikna mange gode tiltak, men de opplevde ikke at de tiltakene som var iverksatt ble utnyttet godt nok. De klarte heller ikke å videreføre de gode tiltakene i daglig drift. De opplevde i tillegg at tiltakene de hadde er universelle tiltak, og i så måte ikke egnet til å ivareta barn som de visste hadde ulike vansker. Skolen hadde også erfaring med at de i noen tilfeller ble stående alene med ansvaret for noen barn der andre instanser kunne si at de ikke kunne gi dette barnet noe tilbud. Skolelederne opplevde at de ikke hadde et godt nok fokus på barns psykiske helse i det helsefremmende arbeidet.

Barnehagene i Vikna har valgt en annen metodisk tilnærming for å styrke barnas psykiske helse. De benyttet programmet LØFT-barn. *Her er fokuset på at vi skal lære oss å se det gode i hver enkelt situasjon/barn - vi skal være på lysglimt-jakt. Vi skal ha fokus på at vi ikke skal si nei til barna. Dersom noe ikke skal gjøres skal det sies nei knytta til episoden, ikke knytta til Per eller Kari (barnet/navnet på barnet). Alle ansatte skal lese og kvittere på at de har lest LØFT-boka.*

Barnehagene fokuserte på programmet LØFT-barn, og ønsket å ha en positiv tilnærming til barna og på den måten bidra til å styrke den psykiske helsa. De hadde en bok der LØFT-barn ble beskrevet og denne boka måtte alle ansatte bekrefte at de hadde lest og forstått.

Barnehagene i Nærøy var de som utmerket seg med fokus på psykisk helse. Utgangspunktet var deres «Retningslinjer for helsefremmende barnehager med tiltaksplan for oppfølging av det enkelte barnet»¹³. Arbeidet deres var systematisert og formalisert gjennom vedtak i kommunestyret i Nærøy. Det var stor sammenheng i arbeidet mellom alle de fire private og de fire offentlige barnehagene i kommunen. Utgangspunkt for barnehagenes satsing på helsefremming var å gi omsorg og skape trygghet i barnehagen. Her beskriver barnehagelederne i Nærøy hvordan de jobber med ulike forhold relatert til barnas psykiske helse: *Dette er nedfelt i rammeplan for barnehagen, og gjennom BYN-prosjektet og Retningslinjene for helsefremmende barnehager har vi blitt tydeligere. Nå kan vi begrunne og forankre det vi gjør. Det letter arbeidet vårt mye når vi tenker at det vi gjør er til barnets beste. Og handlingsplanen har nettopp det fokuset: Barnets beste. Det starter allerede når barnet begynner i barnehagen. I oppstartsamtalen med foreldrene stiller vi blant annet spørsmål om familiens psykiske helse. Det er lettere å gjøre det nå, når vi gjør det som del av en samtale vi har med alle. Tidligere var det en bøyg for oss ansatte, men det blir helt greit mottatt av foreldrene. Noen foreldre sier noe om det psykiske helsa og andre gjør det ikke. Men det gjør en forskjell når det er satt ord på problemer eller utfordringer. Da ligger det der, og det er mulig å komme tilbake til det en gang seinere, dersom det skulle være behov for det. I 1. samtalen tar vi også opp forhold knytta til nettverk. Det gir oss et godt overblikk over familien. Hvor mange har denne familien rundt seg? Hvordan er relasjonene i familien? Foreldresamarbeidet er viktig for oss. Det skjer en bevisstgjøring av foreldrene. De får en forståelse av at det er viktig at vi i barnehagen kjenner hva som skjer i livet til barnet. Har det skjedd et samlivsbrudd, eller har det skjedd andre ting i familien? Vi har erfart at noen foreldre ikke har tenkt at barnehagen burde ha kjennskap til slike ting. Vi må derfor være bevisst på å hjelpe foreldrene med det. Når vi har kunnskap om viktige ting som skjer i hjemmet hjelper det oss til å forstå barnet og barnets reaksjoner bedre. Da kan vi også bidra til å hjelpe barnet. Vi benytter logg i barnehagen. I loggen noterer vi oss bekymringer vi har knytta til barnet. Loggen benyttes aktivt, og dersom det er et barn*

¹³ Helsefremmende barnehager i Nærøy kommune. Retningslinjer for helsefremmende barnehager, handlingsplan ved mistanke om rus/psykiske vansker og egenvurdering. Vedtatt i kommunestyret i Nærøy RS 1-2015

med bekymringer knyttet til seg, vil vi etterhvert kunne se at i forhold til dette barnet er det så mange ting vi har reagert på nå, at vi må ta en samtale med foreldrene. Loggen blir da også en dokumentasjon på våre observasjoner knytta til barnet. Som ledere av barnehagene er det viktig at vi bidrar til at personalet blir trygg i sitt oppdrag og sin rolle. I personalgruppen diskuterer vi hvordan vi gjennom tiltak som nevnt over, kan ivareta barnet med omsorg og trygghet. Da tør vi å gå tettere på foreldrene, og vi er mer bevisst på hvordan vi spør. Vi er direkte og går ikke rundt grøten. Vi er altså mye mer tydelig i møte med foreldrene enn det vi har vært tidligere.

Utsagnet fra barnehagelederne i Nærøy viste hvordan de konkret tenkte om den psykiske helsen til barna i barnehagen, og hvilke forhold de tok tak i for å skape et miljø i barnehagene der barnehagene skal legge til rette for at barna har det bra. Barnehagene hadde en gjennomgående tenkning knytta til at psykisk helse må man snakke om; et perspektiv med utgangspunkt i at barnet påvirkes både av det som skjer hjemme og det som skjer i barnehagen. De ønsket at foreldre og ansatte hadde barna som et «felles prosjekt», der alle hadde et ansvar for en god og trygg oppvekst for barna. Barnehagelederne hadde i tillegg et uttalt ønske om å gjøre overgangen fra barnehage til skole så god som mulig for barna.

Vi har nå beskrevet de konkrete tiltak som ble trukket fram, både knyttet til sunt kosthold, fysisk aktivitet og psykisk helse. Nå går vi over til å vise hvordan temaet helsefremming ble synliggjort overfor foreldrene til barnehagebarna og skoleelevene.

3.4 Hvordan helsefremming er synlig for barnas foreldre

I fokusgruppeintervjuene identifiserte vi to ulike betydningsfulle forhold knyttet til barnas foreldre. Dette omhandlet foreldresamarbeidet og foreldres kunnskap om helsefremming.

Alle som deltok i fokusgruppeintervjuene var opptatt av å ha et godt samarbeid med foreldrene. På samme tid var det tydelig at det var mer utfordring med foreldresamarbeid i skole enn i barnehage, fordi treffpunktene med foreldre i skolen er så mye færre enn i barnehagen. I barnehagen møtte man foreldrene to ganger om dagen og kunne samtale med foreldrene da. I skolen var treffpunktene sjeldnere da barna reiser til skolen på egen hånd. Treffpunktene i skolen er av en slik karakter at en del foreldre ikke møter opp.

Nærøysundet skole kunne vise til et bedret foreldresamarbeid etter at de bestemte seg for å formalisere kontakten med foreldrene. *Etter at vi startet med å skrive brev, lage referat fra møter, gjennomføre oppfølgingsmøter og ha en plan på det som vi gjør knytta til for eksempel en sak, har skolen fått større respekt fra foreldrene. Strukturen vi har skapt gjør at alle får et større eierforhold til saken, og det blir tydelig at vi arbeider for samme sak. Vi ønsket mer fokus på foreldresamarbeidet der ulike forhold skulle tas opp på de ulike klassetrinna. Tema var eksempelvis hva er helsefremming i skolen og hva er skolens oppgave knyttet til å ha et helsefremmende fokus. Det vi gjorde før får annen effekt når vi gjør det samme nå, fordi vi er mer tydelig i budskapet vårt. Et eksempel på dette er samarbeidet og forholdet mellom skole og foreldre. Som forberedelse undersøkte vi hva Nordland Fylkeskommune hadde gjort, da de hadde en fylkeskommunal plan for arbeidet. Når det gjelder den konkrete planen for foreldresamarbeid så inneholder planen ulike ting. Eksempler er tannhygiene, trafikkopplæring, rus, vennskap og så videre. Målet med planen er å sikre at alle elever i løpet av ti års skolegang er innom disse temaene. Vi kommer til å prøve ut planen i år og så skal vi gjennomføre*

evaluering. Foreldrene har så langt gitt positiv tilbakemelding på planen. Den er med å skape mer innhold i foreldremøtene, noe som gjør at foreldrene deltar i større grad enn tidligere. Og vi er nødt til å ha med foreldrene i Nærøy på laget, dersom vi skal klare å få til endring.

Kunnskapen om at barnehager og skoler i BYN har et særskilt helsefremmende fokus var nok ikke kjent blant foreldrene i BYN. I Bindal sa de at *Vi er ikke sikker på at alle foreldre kjenner til at vi har en særlig helsefremmende strategi. Noen vil nok si at det har de ikke hørt om. Vi klarer jo aldri å nå alle. Kanskje treffer vi ikke de foreldrene vi aller mest hadde ønsket nå. Vi må erkjenne at det er en utfordring. Vi skulle hatt et skilt med at vi her helsefremmende skoler og barnehager, da hadde vi fått vist det fram.*

Vi har temamøter med foreldrene i skolen: Kosthold, fysisk aktivitet, læring, og mat og aktiviteter er eksempel på tema som tas opp. Det var knyttet usikkerhet til om de fikk flere foreldre på banen gjennom å jobbe på denne måten. En barnehagestyrer som også hadde hatt barn i barnehage og skole sa det slik: Vi som er foreldre og har hatt mange unger i skolen blir etterhvert litt lei. Dette har vi hørt så mange ganger før. Og så kan man jo spørre seg om tiltaket når de som virkelig hadde trengt det? De vi virkelig ønsker å nå? Det ble med andre ord stilt noen spørsmål om det var nødvendig at alle fikk samme kunnskap, fordi noen trengte det mer enn andre.

Barnehagelederne i Nærøy fortalte at *Vi tar opp ulike tema på foreldremøter, og foreldrene kommer med forslag til tema som kan tas opp. Et slikt eksempel er temaet bestevenner og hva er vennskap? Disse tema har vi tatt opp og diskutert. Vi som jobber i barnehagen må bidra til at barna har andre barn de har en relasjon til. Vi må bidra til at de får venner. Og vi som er voksne må vise hvordan det gjøres. Vi er både ansatte og medmennesker på samme tid.*

I barnehagen og skolen på Leka og i barnehagene i Nærøy var de tydelige på at samarbeid med alle foreldre var viktig. *Vi må spille på lag. Der opplevde de at det var godt når foreldre ga tilbakemelding. Dette viser at foreldrene er engasjert, at de er bevisste og at de bryr seg. Det setter vi pris på og det trenger vi. Tilbakemeldingene gir oss et grunnlag for videre forbedringsarbeid.*

Det var ulikt i hvor stor grad de ulike barnehager og skoler var eksplisitt overfor foreldrene på at det var helsefremming som var overskriften når de tok opp ulike tema. Men det var tydelig for oss at alle barnehager og skoler har et helsefremmende fokus i arbeidet rettet mot/samarbeid med foreldrene.

3.5 Utfordringer knyttet til helsefremmende arbeid

I alle fokusgruppene kom det fram at helsefremmende barnehager og skoler ikke var noe nytt. Flere pekte på at mye av det de gjorde i dag hadde de også gjort før, men at bevisstheten rundt det de gjorde hadde blitt større både i organisasjonen og hos den enkelte ansatte.

«Men dette gjorde vi jo før også»- om forankring og systematisk arbeid

En annen utfordring som kom tydelig fram i intervjuene var at ofte innbefatter prosjekter også nye tiltak som skal tilpasses daglig drift. Dette gir store utfordringer.

Skolelederne i Nærøy sier at systemer og rutiner er en del av forankringen. *Opplæringslovens § 9 A er førende for det som skal skje i skolen. Loven har fokus på både fysiske og psykiske forhold, og er i så*

måte konkret. Lovverket er mindre konkret på det som omhandler langsiktige faktorer i helsefremming. Kravene har etter hvert blitt mer presisert og forpliktende for skolen. Vi har blitt mer tvunget til å systematisere, og til å avklare hvem som har ansvar for hva. Vi erfarer at formalisering gir en mer tydelig effekt i det vi igangsetter.

Barnehagene i Vikna sier: *Vi ønsker å være bevisst på kosthold og fysisk aktivitet, selv om vi ikke gjennomfører eller følger noen spesielle planer. Ut over dette er ikke satsingen fra BYN nedfelt i noen av våre planer. Likevel kan vi ikke si at vi ser umiddelbare endringer hos barna etter at BYN-prosjektet startet. På samme tid kan det jo tenkes at matpakkefri barnehage, fokus på fysisk aktivitet og stor pedagogtetthet er med på å påvirke at vi har lite behov for spesialpedagogiske henvendelser.*

Systematiseringen har allikevel ikke kommet like langt i alle kommuner. På Leka sier de at det savnes en systematisering av arbeid, at planverket er oppdatert og kan gi retning for arbeidet. Det er nødvendig at det blir gjort. *Det kreves ei hel øy for å oppdra et barn.*

Det varierer hvor langt de ulike kommunene har kommet i å skape helsefremmende skoler og barnehager. Det som tydelig framkommer er at tenkningen er bedre implementert i barnehagene enn i skolene. Dette vurderer vi er en naturlig konsekvens av at barnehagene startet opp med tiltaket tidligere enn skolene. Da vi gjennomførte første datainnsamling i 2015 var alle barnehager kommet i gang med tiltaket, mens ingen av skolene kjente til tiltaket. Per i dag, mars 2017, er alle skoler også i gang. Grovt sett kan vi si at det ser ut til at barnehagene har valgt ut Fysisk aktivitet/ kosthold og foreldrekontakt som fokus. Skolene har størst fokus på fysisk aktivitet.

De fleste av prosjektene/tiltakene knyttet til tiltaket *Helsefremmende skoler* er styrt og drevet av skolen. Vi har likevel sett at det er i ferd med å settes i gang noen samhandlingsprosjekt/elevstyrte prosjekt. Leka ser ut til å være den kommunen der Trivselsprogrammet, et elevstyrt mobbeforebyggende program, har kommet lengst. På samme tid har skolene i både Vikna og Nærøy utdannet elever som skal lede Trivselsprogrammer på sine respektive skoler.

Med etableringen av tiltaket *Helsefremmende barnehager og skoler* har man fått større fokus enn tidligere på helsefremming. I sluttrapporten¹⁴ er det beskrevet at retningslinjer for helsefremmende skoler og barnehager skal innføres i alle kommuner. Det er kommunestyret for den respektive kommune som skal behandle retningslinjene, og som skal være tilsynsmyndighet i forhold til oppfølging. Status i forhold til målsettingen er pr 1. april 2017 at Nærøy kommune har vedtatt forslaget til retningslinjer for helsefremmende barnehager. Bindal følger kriterier for helsefremmende barnehager og skoler, utformet av Nordland Fylkeskommune. Ut over dette kan vi ikke se at kommunestyret verken i Vikna, Leka eller Bindal har vedtatt retningslinjer som skissert.

Barnehagelederne i Nærøy beskriver at forankringen som har skjedd gjennom at retningslinjer for helsefremmende barnehager ble vedtatt i kommunestyret i Nærøy har hatt stor betydning. For Bindal, som tilhører Nordland Fylkeskommune, har fylkeskommunale kriterier for helsefremmende skoler og barnehager vært sentrale for det helsefremmende arbeidet. Vi ser en forskjell på systematikken i det helsefremmende arbeidet mellom de kommuner som har en solid forankring i form av vedtak og de som ikke har. Kommunestyrevedtakene i de kommuner det har blitt gjort har nok vært med å bidra til at man har fått systematisert en god del mer av det arbeidet som har vært gjort før.

¹⁴ Fra «Prosjekt lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» Sluttrapport med forslag til iverksetting av tiltak. Styringsgruppa 12. januar 2015

Den som faller for alt; den faller

En utfordring i forhold til helsefremmende arbeid er at nesten alt kan puttes inn eller argumenteres inn i et slikt paraplybegrep. Helsefremming vil naturlig nok foregå på andre arenaer enn innenfor helsetjenesten, noe som ligger i helsefremmingens natur. Helsefremming har man primært for å unngå bruk av helsetjenester.

Skoler og barnehager er velregulerte institusjoner, og jo eldre barna blir jo mer regulert blir innholdet i barnehagen og skolen. Barnehagene stilles naturlig noe friere i valg av aktiviteter og pedagogisk modell enn det som er tilfelle for skolen. Bemanningen er tilpasset den aktiviteten som fremkommer av lover og forskrifter. Slik fremstilles dette i ett utsagn: *Rammene våre er tydelige og det er ikke alt vi klarer å få inn. MEN: Vi gjør vårt beste. Det beste for oss handler om å ivareta barnet. Man må gå inn i denne jobben med hele seg. Alle i skolen må involveres og alle må vite hva målet er. Viktig at vi som eier helheten ser det, og gjør våre vurderinger, hva er det vi kan gjøre innenfor våre rammer, hvilke tiltak er det vi kan/bør sette i gang. På samme tid må vi for hvert evt. nye tiltak som skal iverksettes ta et tilbakeblikk på hva er det vi allerede ivaretar med det vi gjør og de tiltak vi allerede har iverksatt. Vil det nye tiltaket bringe inn noe nytt, noe vi ikke allerede gjør? Dette er et arbeid som må foregå kontinuerlig, prosjekt eller ikke.*

Når begrepet helsefremming er så bredt som det er, og når så mange ulike tiltak og mål kan plasseres inn under helsefremmingsbegrepet blir presset stort på barnehager og skoler. Barnehager og skoler må også foreta valg i hva de skal prioritere og hva som er viktig sett i forhold til de krav som settes til dem i Opplæringslov og rammeplaner. Derfor opplever skoler og barnehager et økende krav til hva de skal ta ansvar for. Mange ulike tiltak og programmer som settes i verk er i det en kan kalle randsonen i forhold til skolens og barnehagens primær oppgave. Skal man lykkes med helsefremming er det derfor viktig at man nøye tenker igjennom de valg man gjør.

Når det kommer til hvordan man skal lykkes i det helsefremmende arbeidet, har fokusgruppene tydelige innspill. Fra Leka kommune (der fokusgruppen inkluderte leder for både barnehage og skole) er de tydelige på at helsefremmende arbeid er viktig og at man må være grundig i det man iverksetter. *For at man skal lykkes må det være enighet om hvilke tiltak som skal igangsettes. Man oversvømmes av ideer for gode tiltak og program som kan igangsettes. Det er krevende å skulle følge opp for mange slike. Filosofien vår på Leka er å ikke ha mange baller i lufta samtidig. Vi må heller tenke at barnet er ballen og at alt vi gjør handler om ballen/barnet, selv om vi ikke ser alle sider av ballen/barnet på samme tid. Dette innebærer at tiltak vi gjennomfører må forsøkes lagt inn i kompetansemålene vi har. Vi kan godt bruke metaforen med tannhjulet, for å vise hvordan vi tenker her. Det ene tiltaket eller programmet vi gjennomfører skal/vil dra med seg andre positive ting. Konsekvensen av å tenke slik vil være at det er ikke mengden tiltak som iverksettes som bestemmer hvor stort fokus man klarer å ha. Betydningen av å holde ut og fokusere de tiltak som iverksettes er vel så viktige. Og de tiltak man bestemmer seg for å iverksette skal man jobbe helhjertet med, for at de skal lykkes.*

Utsagnene henviser til at det er mange program og tiltak som presenteres for både barnehage og skole som hjelp i det helsefremmende arbeidet, samt i det øvrige arbeidet skolen har og får ansvar for. Slik vi forstår dette får skolen mange pålegg om hva som må ivaretas i skolen, og det er mye det skal/kan settes fokus på. Rammene for arbeidet i skolen er på den ene siden tydelige. Det finnes en opplæringsplan og det er definerte læringsmål; skoledagen og skoleåret er definert. På den annen side økes kravene til innholdet ved at lokale myndigheter vedtar tiltak som skal iverksettes.

Beskrivelsen fra barnehagen og skolen på Leka er relativt lik utsagnene fra de øvrige kommunene relatert til hvordan en arbeider med tema helsefremming. Frustrasjonen eller hjertesukket knyttet til

at de får kontinuerlig pålegg om eller forslag til nye program eller tiltak som en bør eller må delta i, er stor hos alle. Det oppleves som et relativt høyt trykk på nye ideer og pålegg. Det oppfattes at en på bakgrunn av dette ikke får ro til å implementere og arbeide godt med det en allerede har igangsatt.

I skolene i Nærøy har en valgt å starte med å kartlegge hva en faktisk gjør. Videre se på hva av det en gjør som kan defineres som helsefremmende tiltak, og ikke starte opp med mange nye tiltak. Igjen trekkes utfordringen knyttet til å finne tid for å gjøre alt man gjerne skulle ha gjort. *Alt skal inn i skolen. Vår tilnærming ble at vi ikke skulle finne opp kruttet på nytt. Når vi kartla hva vi faktisk gjorde fant vi at vi faktisk gjorde/gjør ganske mye. I sum er mye bra!*

Det kan se ut til at BYN-kommunene har samlet seg om noen tiltak som de mener vil bidra til økt helsefremming, og alle kommuner er nå i oppstartsfasen på et nytt tiltak *Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI)* som omhandler bedre tverrfaglig innsats overfor barn og unge. I den store sammenhengen klarte vi ikke å avdekke at fokuset på helsefremmende skoler og barnehager var del av en sektorovergripende strategi eller tilnærming. En informant sa det slik: *Vi sitter på hver vår tue og får ikke koordinert innsatsen. Skole for seg og andre etater tilsynelatende for seg. Ser ikke hvordan vi sammen kunne gjort ting annerledes for bedret resultat. Man blir bedt om å hoppe på nye ting hele tiden, uten å ta hensyn til forutsetningen for virksomhetene (forutsetninger som ligger til grunn for alt vi gjør). I så måte er ikke ideen om helsefremmende skoler og barnehager forankret noe annet sted enn nettopp i skolen og barnehagen.*

3.6 Oppsummering og konklusjon

Som hovedkonklusjon vil vi si at det var et klart helsefremmende fokus på arbeidet i barnehager og skoler i BYN. Temaet er tatt på alvor av alle på ledernivå i barnehager og skoler. Man har ikke alltid valgt samme innfallsvinkel og samme tiltak; man har tatt i bruk lokale kvaliteter og brukt nærmiljøets styrker for å heve fokuset på helsefremming. Dette er i tråd med intensjonen i BYN-prosjektet om at en skal styrke og bygge på de grunntjenestene og de ressursene man allerede har lokalt. Konkret innebærer det at noen går tur rundt skolen sin, mens andre har mål om at alle elever skal ha vært på definerte fjelltopper i nærheten av skolen i løpet av skoleåret. Noen hadde mulighet til å bake brød i barnehagen og gjorde det, mens andre ikke hadde kjøkkenfasiliteter for å gjøre det samme. Noen valgte å gjennomføre kartlegging for å finne eget ståsted for arbeidet, mens andre ikke hadde kartleggingsfokus. Både barnehager og skoler hadde likevel et helsefremmende fokus.

Skolene og barnehagenes vurdering av implementering av helsefremmende tiltak (kapittel 3.3) og en beskrivelsen av hvordan barnehager og skoler konkret arbeider med helsefremmende tiltak (kapittel 3.4) viser etter vår vurdering at både barnehager og skoler arbeider godt med helsefremmende arbeid.

Arbeidet har tatt utgangspunkt i temaene sunt kosthold, fysisk aktivitet og psykisk helse. Det rusforebyggende arbeidet (det fjerde tiltaksområde i målsettingen for prosjektet¹⁵) ser det ut til at barnehager og skoler har fortolket å være en del av temaet psykisk helse. En har i så måte knyttet tema relatert til rusforebygging og psykisk helse tett sammen.

¹⁵ Prosjekt Lokale helsetjenester rus, psykiatri og somatikk i Bindal og Ytre Namdal, Sluttrapport med forslag til iverksetting av tiltak, januar 2015, s. 10

Etter en vurdering i den enkelte barnehage/skole er det igangsatt ulike tiltak og det varierer hvilke temaer som har hatt størst fokus. En har både tatt utgangspunkt i ansattes interesser og kunnskap, samt hvilke ressurser en har hatt å spille på ut over dette. Eksempler som trekkes fram knyttet til ressurser er: Økonomi, beliggenhet for barnehagen/skolen, og kjøkkenfasiliteter.

Det helsefremmende arbeidet var nok synlig for foreldrene i varierende grad. For noen barnehager /skoler var samarbeidet med foreldrene formalisert, og for andre vurderte man at foreldrene nok ikke kunne se hvordan man ivaretok helsefremmende fokus i det daglige arbeidet.

På tross av at barnehagene og skolene i Bindal og Ytre Namdal arbeider godt med helsefremmende tiltak, synliggjorde alle vi snakket med at de har en god del utfordringer. I kapittel 3.6 viser vi til de utfordringene som ble opplevd i arbeidet. Barnehager og skoler har lovverk og rammeplanen som regulerer mye av arbeidet. I tillegg vil lokale bestemmelser, så som tiltaket helsefremmende barnehager og skoler, ulike program og satsinger nasjonalt eller lokalt, medføre et stort press. Rammene for arbeidet som pålegges barnehager og skoler utvides ikke, og det er ikke noe som tas ut av listen over gode tiltak eller krav som skal iverksettes/gjennomføres. Det varierer også i hvor stor grad de enkelte tiltak er forankret i etatenes ledelse. Dette innebærer at den enkelte barnehage og skole må gjøre egne vurderinger av hva man iverksetter og ikke, noe som oppfattes som et kritisk punkt i arbeidet. Den enkelte barnehage/skole må gjøre en vurdering av hvilke tiltak som fører fram til det ønskede målet, og det er en fare for at det blir iverksatt for mange tiltak på samme tid. Dersom man ikke gjør slike vurderinger ser vi at fokuset blir på det siste iverksatte tiltaket og ikke på hensikt /mål med tiltakene.

Samlet sett kan en likevel si at på tross av at det er utfordringer i hvordan man arbeider med et helsefremmende fokus i barnehager og skoler, så har en et helsefremmende fokus. Det arbeides med et helsefremmende fokus på en måte som innfrir de to første av de tre veivalgene som skulle være styrende for tiltakene i BYN-prosjektet:

- Styrke og bygge på de grunntjenestene og de ressursene vi allerede har – både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten
- Tiltakene skal henge sammen i en tiltakskjede
- Nye tiltak skal tette hullene i dagens tjenestetilbud

Helsefremmende barnehager og skoler kan ikke sies å skulle tette hull i et tjenestetilbud, men vurderes å være et viktig tiltak i et forebyggende perspektiv. Ettersom barnehager og skoler har forpliktelser knyttet til helsefremmende fokus i Opplæringsloven og i rammeplaner for virksomhetene, kan en heller ikke si at tiltaket har tettet et hull i forebyggende arbeid. BYN-prosjektets tiltak om helsefremmende barnehager og skoler har derimot vært med å øke fokuset på helsefremming. Det helsefremmende fokuset har fått en større kraft og økt systematikk. På samme tid er det klart at helsefremming som tema er regulert i oppvekstsektorens regelverk og rammer, og er satt på dagsorden før BYN-prosjektet.

4 Kommunevise drøftingsteam for barn og unge

Det andre tiltaket vi har vurdert er etableringen og driften av kommunale drøftingsteam for barn og unge.

Kommunevise drøftingsteam for barn og unge er forankret i BYN-prosjektets delmål 1, som omhandler forebygging og tidlig innsats. I saksfremlegget fra prosjektgruppen¹⁶ står følgende om mål og hensikt for tiltaket:

Målet er å oppdage barn som har behov for hjelp tidlig. Drøftingsteamet skal være en ressurs for ansatte i barnehager og skoler, og skal bidra til valg av tiltak med grunnlag i en felles faglig vurdering.

Sakene som teamet tar opp kan meldes anonymt eller med samtykke. Teamet skal være tverrfaglig sammensatt med representanter fra helsestasjon, kommunal rus- og psykiatritjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern, og eventuelt kommunepsykolog eller representant fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk på sykehuset. Drøftingsteamet sin hovedoppgave er å gi en faglig kvalifisert vurdering av saker de får til drøfting, og avklare videre oppfølging og tiltak. I forarbeidene går det tydelig frem at det er helse- og sosialsjefene eller tilsvarende i den enkelte kommune som er ansvarlige for etableringen av det tverrfaglige drøftingsteamet i kommunen.

I fase 1 av følgeforskningen kom det frem opplysninger om at flere kommuner hadde etablert drøftingsteam, og at dette var en ordning som hadde fungert mer eller mindre bra i de fleste kommuner. Teamene hadde delvis ulike navn. Det ble rapportert at det ofte var vanskelig å få eksterne samarbeidspartnere til å møte, med mindre det skulle tas opp konkrete enkeltsaker. Disse teamene hadde samme funksjon som drøftingsteamet, men hadde ulik benevnelse i de ulike kommunene; skoleteam, tiltaksteam og samarbeidsteam.

Dette kapitlet er bygd opp med en beskrivelse av metodisk tilnærming, så presenteres de kommunale teamene kommunevis. Videre presenterer vi våre refleksjoner og kommentarer på teamenes virksomhet. Avslutningsvis presenteres oppsummering og konklusjon.

4.1 Metodisk tilnærming

Vi har gjennomført observasjonsstudier av møter i drøftingsteamene. Intensjonen var å delta i ett møte i hver av de fire kommunene, men i Bindal deltok vi på to møter. Vi kommer nærmere inn på hvorfor vi deltok på to møter i Bindal. Videre deltok vi på møte i drøftingsteamet på Leka og i Nærøy, samt i møte med førskoleteamet i Vikna. Teamene der vi har gjennomført observasjon har ulike organisering og ledelse; dette kommer vi tilbake til.

Vi har hatt både et utenfra- og et innenfra-perspektiv i observasjonsstudiet. Ettersom vi kommer utenfra med et utenfra-perspektiv på møtene, har vi hatt god mulighet til å få innsikt i samspill og

¹⁶ Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak Prosjekt «Lokale helsetjenester- psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal»

helhet¹⁷. Samtidig er det fare for at vi kan ha misforstått noe av det som skjedde. På slutten av møtet deltok vi derfor mer aktivt med oppfølgende spørsmål og kommentarer knyttet til arbeidsformen de hadde valgt i drøftingsteamet for å få utfyllende kunnskap.

Følgeforskning eller følgeevaluering er primært en utviklingsorientert prosess¹⁸. Dette innebærer at vi i våre observasjoner og interveneringer har hatt fokus på resultatutvikling. Med resultatutvikling har vi lagt til grunn en forståelse av at tiltaket *Kommunale drøftingsteam for barn og unge* skal utvikle seg slik at tiltaket er med på å nå intensjonen i prosjektbeskrivelsen i størst mulig grad. Vi har derfor valgt å innta en kritisk konstruktiv observasjonsrolle. Intervensjonene vi har observert av har vært knyttet til tre sentrale områder, som er: Strukturelle (organisatoriske), kulturelle (verdier, væremåte, oppfatninger forståelse) og interaksjonelle (samarbeid og kommunikasjon). Intervensjonene skjer direkte (under observasjonen) og i ettertid, i form av våre kommentarer i dette dokumentet.

I tillegg til teamene vi har observert har vi fått informasjon om at det eksisterer et førskoleteam i Nærøy, et miniteam på Nærøy Ungdomsskole, og et skoleteam i Vikna. Vi har ikke hatt observasjon av disse tre teamene, da vi fikk kunnskap om at disse eksisterte i løpet av observasjonsstudiene. I tråd med avtalene knyttet til datainnsamling i prosjektet har prosjektleder i BYN-prosjektet gjort avtaler med de team som skulle observeres, og vi har gjennomført observasjon av de team vi har blitt satt i kontakt med. Dette innebærer at vi ikke kan si noe om hvordan man arbeider i de tre teamene som organisatorisk ser ut til å kunne ha noe samme funksjon som øvrige team i kommunen (respektive Vikna og Nærøy). Vi har heller ingen kjennskap til hvorfor disse er utelatt fra følgeforskningen.

Vi observert et ordinært møte for hvert team, med unntak av Bindal der vi som nevnt deltok i to møter, og vi skrev korte notater underveis. Analysen fra observasjon og samtaler tar utgangspunkt i BYN-prosjektets mål for tiltaket, samt fokuset på at tiltakene skal styrke og bygge på de grunntjenestene og ressursene en allerede har. Videre at tiltakene skal henge sammen i en tiltakskjede, og at nye tiltak skal bidra til å tette hull i dagens tjenestetilbud¹⁹.

I ettertid har vi sett oss nødt til å gjennomføre noen samtaler med representanter fra teamene for ytterligere avklaringer og informasjon. I tillegg har kommunale drøftingsteam også vært brakt på banen i forbindelse med intervjuene knyttet til *Helsefremmende barnehager og skoler*.

4.2 Presentasjon av de kommunevise drøftingsteam for barn og unge og våre observasjoner

Det varierte hvordan drøftingsteamene var organisert og ledet fra kommune til kommune. Vi presenterer hvert kommunale team for seg.

¹⁷ Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

¹⁸ Niels Arvid Sletterød, *Følgeevaluering og følgeforskning – endringsagent i eller forsker på bedriftsutvikling*. I: Knut Inge Fostervold og Tor Endrestad (red) 2000. *Ved inngangen til Cyberspace – ergonomisk tekning inn i et nytt årtusen* Nordiska ergonomisällskapet

¹⁹ Prosjekt Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal. Sluttrapport 2015, s. 9

Leka

Navn: Samarbeidsteamet

Medlemmer: Rektor ved Leka skole, helsesøster Leka kommune, styrer ved Leka barnehage, PPT Ytre Namdal, og barneverntjenesten i Ytre Namdal. Alle var representert på møtet vi observerte.

Barnevernet møtte med to representanter; både leder for tjenesten og den saksbehandleren som hadde de fleste sakene i kommunen.

Møtet ble ledet av rektor ved Leka skole.

Teamet møttes 4 ganger i året (møteplan for et år ad gangen).

Møtet var godt forberedt med sakliste. Representanter i teamet fulgte opp med informasjon knyttet til saker som var oppe til orientering og drøfting.

Innholdet i møtet vil vi karakterisere til å være både av generell art - hvordan skape bedre tverrfaglige tjenester i kommunen, og knyttet til enkeltsaker. De generelle sakene omhandlet situasjonene i tjenesten, samt informasjon om saker som kompetansehevende tiltak, rutinebeskrivelse og tilbud om kurs osv. I møtet ble det også drøftet 3 - 4 enkeltsaker, der flere i teamet var involvert i tjenestetilbudet.

Alle medlemmene var godt forberedt til enkeltsakene som ble drøftet. Møtet var preget av å være løsningsorientert i den forstand at det var tydelig hvem som «eide» saken, hvilke oppgaver en trengte bistand til, og konsultativ støtte til videre arbeid. Det var god tone i møtet, der det var mulig å be om råd av type *burde jeg håndtert denne saken annerledes*. Det ble gitt ros for hvordan enkeltsaker hadde blitt fulgt opp, og utvist ydmykhet knyttet til arbeidsbelastning. Både kommunen og de «eksterne» interkommunale tjenestene hadde saker de ønsket å drøfte. Arbeidsformen var lik, uavhengig av hvilken etat som «eide» saken. I møtet ble sakene drøftet, ansvar plassert, eller saken ble lukket fordi den var ferdig utredet. Noen ganger ble det slått fast at tiltak fra andre tjenester ikke var nødvendig. En ting vi merket oss både på dette møtet og i de andre drøftingsteamene var at PPT hadde mange saker og relativ lang venteliste. Dette førte til at fremdriften i enkeltsaker ikke var så rask en kunne ha ønsket seg.

Vår vurdering er at drøftingsteamet på Leka fremstår som et godt fungerende team. Slik som det fremstår under observasjonen er det ikke bare et ressursteam for barnehagen og skolen, men i like stor grad et ressursteam for helsesøster, barnevern og PPT.

Teamet var ikke bare et team der saker ble drøftet eller det ble foretatt en kvalifisert vurdering av bekymringer. Teamet fremstår som et proaktivt team samtidig som de samarbeider med eksisterende saker, gir tilbakemelding, og finner løsninger der og da. Ikke minst har teamet en stor bevissthet om hvem som har ansvaret for hva, samtidig som det er tydelig hvem som har hovedansvaret og «eier» saken.

På bakgrunn av dette kan en si at drøftingsteamet på Leka er et godt eksempel på et team som bygger på de grunntjenestene og de ressurser en allerede har. De arbeider målbevisst for å få tiltakene til å henge sammen i en tiltakskjede. Tiltaket har innfridd målsettingen som fremkommer i saksframlegget til styringsgruppa for BYN-prosjektet²⁰.

²⁰ Prosjekt «Lokale helsetjenester- psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» Saksfremlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014

Bindal

Navn: Tverrfaglig drøftingsteam

Medlemmer: Helsesøster i Bindal kommune, barnehagestyrer i Bindal, rektor ved Terråk skole, rektor ved Bindalseidet Skole, Sør-Helgeland barnevernstjeneste, og Sør-Helgeland PPT. I tillegg deltar folkehelsekoordinator på den delen av møtet som omhandler systemsaker.

Helsesøster var teamets leder.

Møter: Møter 4 ganger i året

I Bindal deltok vi på to møter. På det første møtet hadde de ikke fått startet opp, og det deltok ikke representanter fra de interkommunale tjenestene barnevern og PPT. På møtet deltok helsesøster, styrer for barnehagen og en representant fra psykisk helsevern. Ettersom temaet ikke hadde kommet i drift hadde vi en samtale knyttet til hvordan de tenkte seg at teamet skulle fungere, og hvem som skulle delta i et slikt team. Helsesøster fortalte at de hadde planlagt at møte i det kommunale drøftingsteamet skulle foregå en gang i måneden. Deltakere skulle være helsesøster, en representant fra henholdsvis psykisk helsevern og de to interkommunale tjenestene. De kommunale representanters oppgave var å bringe sakene fra kommunalt nivå inn til drøfting i teamet. Vi problematiserte hvorfor ikke barnehagene og skolene skulle være representert direkte enten med leder eller den som hadde saken. I og med at drøftingsteamet ikke hadde kommet i gang ble vi enige om å komme tilbake en gang til for å observere et møte.

I det andre møtet med drøftingsteamet i Bindal møtte ikke PPT og barnevern. Det var dårlig vær denne dagen, og ferja de skulle ta fra Brønnøysund var innstilt. På møtet deltok to helsesøstre, de to rektorene for privat og offentlig skole i Bindal, samt styrer for barnehagen. Teamet hadde fått beskjed fra representant fra psykisk helsevern om at det var besluttet endringer i tjenestetilbudet i psykisk helsevern; at deltagelse i drøftingsteamet ikke ville være en av psykisk helsevern sine oppgaver i framtid, da dette var definert som et lavterskeltilbud. Øvrige representanter beklaget dette sterkt. Det var ellers ingen saker til drøfting i møtet. Imidlertid fortalte drøftingsteamet at de hadde besluttet å ta med representantene for skole og barnehage direkte i møtene. Det var laget plan for møtene resten av våren.

I Bindal, i likhet med andre kommuner, var teamet en revitalisering av et gammel ordning som tidligere hadde fungert. På møtet kom det fram synspunkter om at det enkelte ganger kunne være unaturlig å samarbeide nordover når resten av samarbeidet om helsetjenester i kommunen i hovedsak skjer sørover. Samtidig så de også store fordeler av å kunne samarbeide nordover og det ga innbyggerne i kommunen stor mulighet til å velge det tilbudet som passet de best. Skolen rapporterte om godt samarbeid både nordover og sørover når det gjaldt videregående skole. Mye av samarbeidet ble styrt gjennom de tiltak BYN-prosjektet hadde igangsatt og drev.

Nærøy

Navn: Drøftingsteam

Medlemmer: PPT i Ytre Namdal v/leder, Barneverntjenesten i Ytre Namdal v/leder, helsesøster i Nærøy kommune, fagleder på helsestasjon, fagleder psykiatritjenesten Nærøy kommune.

Ledelse for teamet gikk på rundgang.

Egen møteplan med møtehappighet ca. en gang i mnd.

Teamet har utarbeidet en egen folder.

På møtet vi deltok i var det ingen saker oppe til drøfting. Teamet hadde hatt en del møter, og erfaringen var at det ble meldt relativt få saker fra skoler og barnehager inn til teamet. Teamet snakket mye om hvordan de skulle nå ut til målgruppen, om saker ble tatt opp på annet vis enn gjennom teamet, og om teamet hadde en berettigelse. Teamet hadde laget egen folder som var sendt ut til samarbeidspartnere, hvor tidspunkt for møter var satt opp og hvordan en kunne gå fram for å melde saker.

I fokusgruppeintervjuet med skolelederne i Nærøy, som vi intervjuet om tiltaket *Helsefremmende barnehager og skoler* i kapittel 3 i rapporten, kom man også inn på drøftingsteamet. Skolelederne sier de at de kjenner til at det er startet opp med et team for barnehagene og at det ikke har vært noe oppstart for skoler enda, bortsett fra at det er et samarbeidsteam/miniteam på ungdomsskolen. Miniteamet møtes seks ganger i året og består av PPT, helsesøster og representanter fra ungdomsskolen, sosiallærer, lærer fra hvert trinn, rektor og rådgiver.

I møte med barnehagelederne, som også ble intervjuet om tiltaket *Helsefremmende barnehager og skoler* i kapittel 3 i rapporten, forsto vi at det var startet opp et eget førskoleteam i Nærøy. Førskoleteamet møtes tre ganger i semestret og består av PPT i Ytre Namdal, barnevernstjenesten i Ytre Namdal, helsesøster i Nærøy kommune, alle barnehagelederne i kommunen, samt leder for barnehagetjenesten. Alle helsesøstre i kommunen kan møte dersom de har anledning.

Ut over informasjonen over har vi ingen informasjon om hvilke saker som tas opp i disse to teamene, da vi ikke har intervjuet eller hatt observasjon av møter i teamene.

I samtale med helsesøster i april 2017 oppgis at temaet ikke har hatt noen møter etter at vi intervjuet dem høsten 2016, og at de nå arbeider mer i andre team, f.eks. knytta til BTI (Bedre tverrfaglig innsats).

Vikna

Navn: Førskoleteamet

Medlemmer: Leder fra alle private og offentlige barnehager, representant for PPT, representant for barnevern og helsesøster.

I samtale etter at vi observerte førskoleteamet oppga helsesøster at de nå hadde utvidet teamet med ass. rådmann (som har kommunalt ansvar for barnehagene), samt veileder i oppvekstetaten (egen stilling som veileder).

Leder: Helsesøster er koordinator, sender ut sakliste og møteplan. Førskoleteamet møtes en gang pr måned, og arbeider ut fra en halvårsplan.

I førskoleteamet observerte vi en tydelig møteledelse, og det ble diskutert ulike forhold av betydning. Her kunne man ta opp saker av felles interesse, eller man kunne melde inn konkrete saker som man ønsket å drøfte. Eksempel på felles saker kunne være utfordringer når foreldre var svært unge, barn i familier der foreldre skilles, seksuelle overgrep og lignende.

I det møtet hvor vi var tilstede ble temaet flyktningebarn tatt opp. Her fikk lederne for barnehagene informasjon fra flyktningetjenesten om hvordan de arbeidet i Vikna. Videre var det en runde med refleksjoner om hvilke utfordringer barnehagene møtte i forhold til å ta imot barn fra flyktningefamilier. Utfordringene viste seg særlig å omhandle språk og kulturutfordringer. Under refleksjonen kom det fram mange eksempler på ting de ulike barnehagene hadde gjort for å gi barna

et godt barnehagetilbud. Videre kom det frem gode forslag på hvordan en med enkle grep kunne gjøre barnehagene bedre forberedt til å ta imot barnet. Et eksempel på dette var at skjemaet for søknad om plass i barnehagen burde inneholdt opplysninger om foreldrenes språkkunnskaper, spesielle kulturelle faktorer som foreldrene ønsket barnehagen skulle ivareta osv. De som var tilstede mente at dette var gode forslag å jobbe videre med. I møtet kom deltagerne ikke fram til hvem som kunne bringe denne saken videre, eller hvem som kunne vurdere hvordan disse grepene kunne iverksettes.

Da vi spurte om hvorfor en hadde denne arbeidsformen kom det frem at man var opptatt av at det å delta i førskoleteamet ikke skulle medføre at noen fikk merarbeid. Drøftingsteamet har mer form av et diskusjonsforum uten at noen ønsker å forplikte seg på å følge opp gode ideer og løsninger som kunne ha lettet arbeidet til alle på sikt.

I fokusgruppeintervjuet med barnehagestyrerne i Vikna kommune (intervjuet i forbindelse med tiltak *Helsefremmende skoler og barnehager*) kom det fram at et drøftingsteam i egen kommune noen ganger kunne oppleves å bli «for tett på». Barnehagelederne var redde for at en ved å løfte en sak til drøfting lett kunne komme til å gjøre saken større enn den i realiteten var. Dette på grunn av at det er små forhold man jobber innenfor, og at alle har stor kjennskap til alt i og rundt familier på så små steder. Dette kunne medføre at ting som ikke vedgikk saken, men som noen hadde kjennskap til, kunne være vanskelig å ikke ta hensyn til. En var derfor noe skeptisk til å ta opp enkeltsaker i teamet.

I intervju med skolelederne fikk vi informasjon om at det også finnes et ressursteam knyttet til skolene i Vikna kommune, der lærere har mulighet til å melde saker. Dette teamet ble opprettet for svært lenge siden. Her har mellom annet spesialpedagog, PPT og barnevern deltatt. Vi har ikke gjort noen observasjon av et møte i dette temaet, og kan derfor ikke si noe om hvordan teamet arbeider.

4.3 Våre refleksjoner og kommentarer på drøftingsteamene sin virksomhet

Styringsgruppen for BYN-prosjektet fattet i sin tid et vedtak om at det skulle opprettes et kommunalt drøftingsteam i hver kommune. I saksutredningen står det hvem som skal være med, men i liten grad hvor drøftingsteamene skulle forankres organisatorisk. Det var derfor uklart hvem i kommunen som hadde det overordnede ansvaret for teamets virksomhet.

I kommunene var det før vedtaket om BYN-prosjektet ble fattet allerede ordninger som var tenkt å ivareta arbeidsoppgavene som nå ligger i mandat til drøftingsteamene. I hovedsak var disse ulike teamene organisert ut fra skolen og den virksomhet som foregår der.

Det vi ser er at den gamle ordningen har fortsatt å virke i de fleste kommuner, men med noen tilpasninger. Det er i to kommuner i tillegg etablert et førskoleteam som ivaretar barnehagens behov. I de to minste kommunene er teamene slått sammen. På Leka har skolen ansvar for teamet, mens det i Bindal er helsesøster.

I Leka kommune fungerer teamet fullt ut etter intensjonen i vedtaket om etablering av kommunevise drøftingsteam. I tillegg har teamet en arbeidsform som gjør at eksisterende saker blir tatt opp og vurdert sett i forhold til hvem som skal gjøre hva. Teamet fungerer derfor som et samarbeidsteam i like stor grad som et drøftingsteam. Teamet jobber etter en tydelig struktur, og alle deltakerne virket godt forberedt på sakene som ble tatt opp. Diskusjonen i teamet var både av konsultativ art (råd, tips fra

annen kompetanse) mellom deltakerne og en tidlig presisering av ansvarsavklaring ut fra en konsensusmodell (diskuterte seg frem til enighet, ut fra hvem har best kontakt, hvem har kompetanse og hvem har ansvaret).

At både helsesøster, barnevern, PPT og skolen er representert gjør at en har et bredt kompetansemiljø representert i teammøtene. Videre er forankringen i de ulike organisasjonene med på å tydeliggjøre de forskjellige etater sitt ansvarsområdet. Slik sett kan en si at Leka med bakgrunn i samarbeidsteamet i stor grad har en modell som innfrir de tre veivalgene som skulle være styrende for de tiltak som BYN-prosjektet skulle støtte opp under:

1. Styrke og bygge på de grunntjenestene og de ressursene vi allerede har – både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten
2. Tiltakene skal henge sammen i en tiltakskjede
3. Nye tiltak skal tette hullene i dagens tjenestetilbud

Når det gjelder **Bindal kommune**, hadde de ikke kommet ordentlig i gang med arbeidet med å etablere kommunalt drøftingsteam de gangene vi var i kommunen. Slik planene for etablering fremsto og slik diskusjonen forelå med de kommunale representantene fra barnehage, skole og helsestasjon, vil forholdene slik vi ser det ligge til rette for at drøftingsteamet kan fungere.

Et viktig spørsmål er hvordan drøftingsteamet skal organiseres. Slik det fungerer nå er det helsesøster som organiserer teamet. Dersom helsesøster arbeider aktivt inne i skolene og barnehagene, kan det være en god ide at helsesøster får en koordinerende funksjon i drøftingsteamet. Dersom helsesøstertjenesten ikke er tilstede relativt ofte i barnehage og skole, er det et spørsmål om ikke andre etater og institusjoner bør være de som har en koordinerende rolle.

Slik drøftingsteamet beskrives i dokumentene, slik vi observerte møtet og etter samtaler med representantene, er teamet først og fremst barnehagenes og skolens arena. Meningen er at de skal kunne få råd og veiledning i teamet, og at en sammen skal finne ut om saker skal meldes eller overlates til andre instanser. Sakene som behandles i drøftingsteamet vil således ha sitt opprinnelige utspring enten i barnehagen eller skolen.

Barnehager og skoler er de instanser som har tetteste kontakt med barn og foreldre. Derfor mener vi at koordineringsansvaret først og fremst bør ligge hos barnehagene eller skolen, og det vil være naturlig å tenke seg at oppvekstsjefen eller rektor på skolen i Bindal kan være riktig instans for koordineringsansvaret. Da slipper skolen og barnehagen å melde saken til en annen instans, men tar ansvar for å ta opp de sakene som er aktuelle direkte på møtet, enten anonymt eller med godkjenning fra foresatte.

Dersom en organiserer teamet slik intensjonene var da vi samtalte med kommunens representanter, vil også det tverrfaglige drøftingsteamet i Bindal tilfredsstillende målene i vedtaket fra styringsgruppen; teamet vil da være organisert etter en modell som innfrir veivalgene som skulle være styrende for de tiltak som BYN-prosjektet skulle støtte opp under:

1. Styrke og bygge på de grunntjenestene og de ressursene vi allerede har – både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten
2. Tiltakene skal henge sammen i en tiltakskjede
3. Nye tiltak skal tette hullene i dagens tjenestetilbud

Etableringen av **førskoleteam i Nærøy og Vikna** er et resultat av at førskolelederne manglet et møtepunkt hvor de kunne drøfte felles anliggende. Førskoleteamene har en tverrfaglig

sammensetning i og med at både barneverntjenesten, helsesøster og PPT er representert. Fokuset på teammøtene i førskoleteamene er både knyttet til det enkelte barn og generelle utfordringer, så vel av pedagogisk som organisatorisk art. Dette gjør at førskoleteamene har et noe annet fokus på teammøtene enn det som var hensikten med de kommunale drøftingsteamene. Men også førskoleteamene har åpning for problemstillinger direkte knyttet til det enkelte barn. Dette organiseres på den måten at møtet blir delt i to hvor den første delen brukes til mer overordnede tema, mens den andre delen har barnehagene mulighet til å ta opp problemstillinger knyttet til det enkelte barn. Dette organiseres på den måten at de eksterne samarbeidspartnerne blir igjen og diskuterer enkeltsaker med den enkelte barnehage. Denne modellen er valgt for å ivareta personvernet.

I starten var en opptatt av at saker ikke skulle medføre merarbeid for andre etater, men dette har det skjedd en endring på. Når saker av overordnet karakter blir diskutert, blir man nå enige om hvem som følger opp den enkelte saken.

Vi har ikke observert teamet i arbeid med enkeltsaker, så vi kan ikke uttale oss om hvordan det jobbes med slike saker. Ut fra kommentarer gitt av deltakerne under intervju/observasjon i andre deler av undersøkelsen, fremkommer det utsagn som kan tolkes dit at det fungerer tilfredsstillende, selv om enkelte hevder at det også kan være krevende og legge frem saker.

Forskjellen på førskoleteamene og de kommunale drøftingsteamene er at førskoleteamene har gitt seg selv et bredere mandat. Dette mandatet gir mulighet til å diskutere utfordringer av mer allmenn karakter, og ikke minst sette fokus på og få bedre oversikt over de ulike sidene ved kommunal organisering av tilbud til barn. På det ene møtet vi var på ble forhold rundt flyktningefamilier diskutert, noe de fleste hadde erfaringer med, og meningsutveksling og kunnskapsoverføring var tydelig tilstede under møtet.

Vi kan ikke uttale oss om hvordan enkeltsaker blir behandlet, men forholdene skulle avgjort være tilstede for at disse sakene også har fått en arena. Slik vi har oppfattet det diskuteres både mulige saker, samt at kjente saker som flere etater er inne med tiltak i, diskuteres. Hvis dette stemmer, fungerer førskoleteamene i henhold til intensjonen i vedtaket fra styringsgruppen. I tillegg vil teamet med sin arbeidsform også virke kompetanseutviklende.

Nærøy er slik som vi har beskrevet den eneste kommunen som har etablert et kommunalt drøftingsteam. Teamet slet med at det ikke ble meldt saker til møtene. I ettertid har vi fått opplysninger fra helsesøster om at teamet ikke har vært i funksjon etter vi var der, noe vi tror handler om organisering og eierskap. I Nærøy var teamet organisert med representanter fra barnevern, helsesøster og PPT. Barnehage og skole skulle melde fra når de hadde saker til teamet. Kjennskapen til drøftingsteamet ute i barnehagene og skolene var begrenset, og de beskrev lite eierskap til ordningen. Vi tror at en sterkere forankring for ordningen med utgangspunkt i skolene kunne fungere bedre. At skolene fikk koordineringsansvaret ville kunne bidra til at terskelen for å ta opp saker ble lavere. Da ville helsesøster, barneverntjenesten og PPT være de som kom til skolene med sin kompetanse. Skolene vill da være de som satte opp agendaen, og hadde ansvaret for å løfte opp aktuelle problemstillinger. Både førskoleteamet i Nærøy og teamet på Leka har forankring i barnehage og skole. Dette mener vi er en sentral faktor for at disse teamene fungerer godt. Med stabilt oppmøte fra de eksterne samarbeidspartnerne vil skolene og barnehagene etter hvert se nytten av slike tverrfaglige drøftinger. I en slik organisering vil kanskje terskelen oppleves som lavere og mindre «alvorlig» å ta opp problemstillinger, enn å melde en sak til et team.

I **Vikna** er det ikke etablert et kommunalt drøftingsteam, men også her har man videreført gamle ordninger. Utfordringene slik vi forsto dem var at disse teamene slet med oppmøte fra samarbeidspartnere, og fungerte bare sporadisk. Disse teamene hadde i sin opprinnelige form også utgangspunkt i skolene.

4.4 Oppsummering og konklusjon

I delrapport 1 beskrev vi noen viktige faktorer som informantene den gang beskrev som sentrale for å få til et godt tverrfaglig samarbeid. De faktorene som gikk igjen var at samarbeidet måtte gå over et visst tidsrom, slik at de ulike aktørene ble kjent med hverandre. Videre pekte informantene den gangen på at samhandlingen ble best om det var en fast struktur rundt samhandlingsarenaene. Når en ser på de kommunale drøftingsteamene for barn og unge på Leka og Bindal samt førskoleteamene i Nærøy og Vikna, har disse teamene i hovedsak klart å opparbeide seg rutiner som i stor grad innfrir faktorene som ble beskrevet i delrapport 1.

De møtepunktene som er etablert eller reetablert i kommunene får alle gode tilbakemeldinger av ansatte som deltar i de respektive kommunale teamene. Dette kan tyde på de i stor grad har nådd intensjonen for etableringen av slike kommunevise drøftingsteam for barn og unge. Utfordringen er at dette ikke gjelder skolene i de to største kommunene. Vi har ikke grunnlag for å påstå at det ikke er godt samarbeidsklima, eller at de ikke har fora som ivaretar intensjonen prosjektgruppen i sin tid beskrev. Mye tyder på at bindeleddet mellom helsetjenesten, skole, PPT og barneverntjenesten er ulikt forankret. Det er ikke så godt forankret innad i skolene i de to største kommunene som det som er tilfelle for barnehagene i alle fire kommuner og skolene i de to minste kommunene.

Teamene som er etablert har på mange måter utvidet sitt mandat, slik at virksomheten fanger flere tema enn det som opprinnelig var planlagt. Dette kommer til syne gjennom at tema som kompetanseoverføring, diskusjoner om faglig utviklingsbehov og diskusjoner rundt felles barn blir tatt opp i temamøtene. Det gjøres mye ansvarsavklaring og informasjonsutvikling i teammøtene. Det medfører at tjenestene i større grad har mulighet til å henge sammen som en tiltakskjede. De bygger på allerede etablerte tjenester, og gjennom en slik måte å arbeide på i de ulike delene av kommunens tjenester vil de utfylle hverandre istedenfor å overlappes hverandre. Konsekvensen er mindre dobbeltarbeid og en mer effektivt samlet tjeneste.

Dersom BYN-kommunene ønsker å bidra til at så også skjer i skolene, er vår anbefaling at det etableres et formalisert drøftingsteam for skolene i de to store kommunene Nærøy og Vikna. Slik vi ser det bør organisering av «nye» team, benevnt av oss som skoleteam, forankres i skolesektoren. PPT, helsesøster og barneverntjenestens faste kontaktpersoner bør innkalles, og det er viktig at de interkommunale tjenestene deltar fast i møtene.

På denne måten får skolene ansvar for hvilke tema og saker som løftes frem, og de får eierforhold til teamet. Tanken bak en ordning der skolene har et tydelig eierforhold og ansvar for teamene er at skolene er de som treffer barna ofte, og er best i stand til å se hvilke utfordringer barna møter i hverdagen.

Det at møtene i teamene har utviklet seg til å ha et tredelt fokus; på nye saker eller problemstillinger de ønskes belyst, gjennomgang av aktuelle aktive fellessaker og generell informasjonsutveksling - synes å ha en sterk innvirkning på det tverrfaglige/tverretatlige samarbeidet. Vi ser at dette

samarbeidet glir lettere i de kommuner som har etablert ulike former for drøftingsteam, og anbefaler at det videreføres ved eventuell etablering av skoleteam.

Ut fra erfaringene fra de andre teamene bør en anslagsvis legge opp til en møtehyppighet på ca. tre møter i halvåret.

5 SiBYN - Samhandlingsteamet i Bindal og Ytre Namdal

Det tredje tiltaket vi har vurdert er *SiBYN*. *SiBYN* drøfter saker primært knyttet til rus- og psykiatrifeltet. Det var fra kommunenes side en intensjon om å få samhandlingsteamet i drift fra 15.10.2014. På grunn av usikkerhet rundt DPS sin framtid i Ytre Namdal ble selve etableringen utsatt. *SiBYN* ble satt i virksomhet fra 15.04.2015, og har vært i virksomhet i ca to år.

I saksfremlegget²¹ til styringsgruppa for BYN-prosjektet blir *SiBYN* presentert som tiltak under delmål 3 – samordnet behandling. Tiltakets målsetning og hensikt beskrives:

Målsetningen er at mennesker med alvorlige rus- og/eller psykiske lidelser, eventuelt tilleggs lidelser (utviklingshemming/somatikk) og sammensatte sosiale problemer, - eksempelvis i tilknytning til bolig, økonomi, mangel på aktivitet/arbeid, utslitte pårørende og konfliktfylte familieforhold, skal få et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud.

- *SiBYN skal være et ressursteam i helsetilbudet til mennesker innenfor overnevnte målgruppe ved å koordinere tilrettelagte og tilpassede hjelpetiltak fra NAV, kommunen og spesialisthelsetjenesten*
- *SiBYN skal være et tilgjengelig og aktiv oppsøkende behandlingsteam*
- *SiBYN skal være en mottakssentral for henvendelser vedrørende krisepregede livssituasjoner, rus og psykiatri.*

I det samme saksfremlegget til styringsgruppa står det videre under punket vurdering/hensikt at: *Prosjektet mener at SiBYN blir en viktig del i et samlet behandlingstilbud til mennesker med alvorlig og sammensatte lidelser²². Under samme punkt kommer det en ytterligere forklaring på hva som må anses å være behandlingstilbudet: Der understrekes det at aktiv og langvarig oppfølging anses som nødvendig. Den langvarig oppfølging og behandling av brukere/pasient skal i hovedsak skje der bruker eller pasient er. Men at fleksibiliteten som et tiltak som SiBYN innebærer i større grad at pasienten følges samtidig opp av ansatte i teamet og ansatte i kommuner/helseforetak. Intensjonen er å finne en smartere måte å jobbe på med denne målgruppen brukere slik at de samlede ressurser som er tilgjengelig blir brukt på en annen måte²³.*

I referatene fra arbeidsgruppe 3.1 – Samordnet behandling for mennesker med sammensatte lidelser – Rus og psykiatri blir arbeidsmåten for *SiBYN* presentert som en lokal variant bygd på FACT-team modellen. Dette kommer vi nærmere tilbake til senere i rapporten.

Kapitel 5 er videre organisert i en presentasjon av metodisk tilnærming; det beskrives hvordan *SiBYN* arbeider, vi presenterer hvordan tiltaket fremstår overfor aktuelle brukere og samarbeidspartnere, vi

²¹ Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal" s. 17

²² Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal" s. 18

²³ Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal", s. 18

presenterer observasjon av et møte i SiBYN, videre våre refleksjoner og kommentarer til virksomheten i tiltaket. Vi avslutter kapitlet med oppsummering og konklusjon.

5.1 Metodisk tilnærming

Vi har observert SiBYN på et teammøte, samt lest dokumenter og informasjon om tiltaket presentert i ulike former: Skriftlige dokumenter, på kommunenes nettsider osv. Det er i tillegg gjennomført noen individuelle samtaler med utvalgte deltakere fra teamet. Vi har hatt både et utenfra- og et innenfra-perspektiv i observasjonsstudiet. Etersom vi kommer utenfra med et utenfra-blikk på møtene, har vi hatt god mulighet til å få innsikt i samspill og helhet²⁴. På samme tid er det fare for at vi kan ha misforstått noe av det som skjedde. For å få utfyllende kunnskap deltok vi mer aktivt på slutten av møtet, med oppfølgende spørsmål og kommentarer knyttet til valgte arbeidsform. Vi tok i tillegg korte notater underveis.

Følgforskning eller følgeevaluering er primært en utviklingsorientert prosess²⁵. Dette innebærer at vi i våre observasjoner og intervensjoner har hatt fokus på resultatutvikling. Med resultatutvikling har vi lagt til grunn en forståelse av at tiltaket SiBYN skal utvikle seg slik at tiltaket er med på å nå intensjonen i prosjektbeskrivelsen i størst mulig grad. Vi har derfor valgt å innta en kritisk konstruktiv observasjonsrolle. Intervensjonene vi har observasjon av har vært knyttet til tre sentrale områder, som er: Strukturelle (organisatoriske), kulturelle (verdier, væremåte, oppfatninger forståelse) og interaksjonelle (samarbeid og kommunikasjon). Intervensjonene skjer direkte (under observasjonen) og i ettertid, i form av våre kommentarer i dette dokumentet.

I tillegg til observasjonsstudiet er det gjennomført samtaler med to av teamets medlemmer. Det er videre gjennomført dokumentgjennomgang av tilgjengelige dokumenter og informasjon om tiltaket på nettsidene til de fire kommunene i BYN.

Analysen fra observasjon, dokumenter og samtaler tar utgangspunkt i BYN-prosjektets mål for tiltaket, samt fokuset på at tiltakene skal styrke og bygge på de grunntjenestene og ressursene en allerede har; at tiltakene skal henge sammen i en tiltakskjede, og at nye tiltak skal bidra til å tette hull i dagens tjenestetilbud²⁶.

5.2 Hvordan arbeider SiBYN

Etablering av samhandlingsteam i BYN var et av tiltakene som har blitt viet mye oppmerksomhet. SiBYN er sammensatt av representanter fra DPS poliklinikk, representanter fra NAV, og representanter fra helse- og omsorgstjenestene i de fire kommunene. I tillegg ansatte som har interkommunale funksjoner, som f.eks. interkommunal ruskoordinator, koordinator for BYN-prosjektet, samt to erfaringskonsulenter. Totalt sett teller teamet ca. 10 personer.

²⁴ Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget

²⁵ Niels Arvid Sletterød, *Følgeevaluering og følgeforskning – endringsagent i eller forsker på bedriftsutvikling*. I: Knut Inge Fostervold og Tor Endrestad (red) 2000. *Ved inngangen til Cyberspace – ergonomisk tekning inn i et nytt årtusen* Nordiska ergonomisällskapet

²⁶ Prosjekt Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal. Sluttrapport 2015, s. 9

SiBYN har møter hver 14. dag, og mottar henvendelser både fra innbyggere, tjenestene, eller direkte fra de representantene som er deltakere i SiBYN.

Representantene fra de ulike organisasjonene i SiBYN er relative stabile. Dette innebærer at det er de samme fagpersonene som møter hver gang. Møtene blir avholdt i DPS sine lokaler på Kolvereid.

I løpet av driftsperioden har de hatt 24²⁷ saker til diskusjon. Av disse 24 sakene har 6 saker blitt meldt av pårørende eller bekjente av brukere, 6 saker av andre deler av hjelpeapparatet, og 12 saker av medlemmer fra teamet. Det er den som bringer saken inn til teamet som rapporterer tilbake til den som melder, og som kan følge opp saken. Hvordan oppfølgingen skjer varierer fra sak til sak.

I tillegg til de 24 sakene som er diskutert, løfter medlemmene i teamet fram aktuelle problemstillinger innenfor sitt fagområdet som ikke nødvendigvis er knyttet til arbeid med en spesiell bruker. I det siste har det også skjedd en endring ved at ulike fagtema har fått en sentral plass i møtene. Det vil si at teamet diskuterer fagspesifikke problemstillinger som vil ha generell betydning for organisering og drift av tjenestetilbudet inn mot brukergruppen.

5.3 Hvordan fremstår SiBYN i dag for aktuelle brukere og samarbeidspartnere

SiBYN er likt presentert for innbyggerne på alle de fire kommunenes nettsider. Nedenfor følger eksempel på presentasjon hentet fra Nærøy kommune sine hjemmesider²⁸:

Samhandlingsteamet i Bindal og Ytre Namdal, SiBYN, er tverrfaglig sammensatt med ansatte fra ulike tjenester i det eksisterende hjelpeapparatet i kommunene Leka, Bindal, Nærøy og Vikna, dvs. psykiatri- og rustjenesten, ruskoordinator, erfaringskonsulent, NAV, samt psykolog /psykiater fra DPS Kolvereid. SiBYN ønsker å bidra til at alle får et likeverdig og individuelt tilpasset tjenestetilbud ved å være en arena hvor innbyggere og ansatte i BYN kan bringe inn bekymringer for mennesker, som av ulike årsaker faller utenfor eller "mellom stolene", - og dermed ikke får nødvendig helsehjelp.

Gjennom tverrfaglig samhandling kan SiBYN være en ekstra ressurs som kan bidra til å:

- Gjøre bruker/pasient i stand til å etablere - og beholde kontakten med behandlingsapparatet, evt. sitt nettverk og lokalmiljø.*
- Gjøre hjelpeapparatet i stand til å holde stabil og kontinuerlig kontakt ut ifra behov.*

SiBYN tar imot henvendelser vedrørende:

- Innbyggere som ønsker råd og veiledning*
- Nye brukere hvor tjenestene ikke kommer i posisjon til å hjelpe*
- Relasjoner og situasjoner hvor tjenestene har "gått i lås", og hvor samarbeidet av ulike årsaker oppleves utfordrende. Dette kan gjelde både for bruker/pasient, pårørende og ansatte.*

Målgruppen for SiBYN er mennesker som har:

- behov for hjelp, men mangler et individuelt tilpasset tilbud*
- rusrelaterte og/ eller psykiske helseplager*
- en vanskelig bo - og/eller livssituasjon*

Diagnose og alder legges ikke til grunn ved henvendelse til SiBYN.

²⁷ Pr 01.04 2017

²⁸ Lastet ned fra Nærøy kommune sine hjemmesider 06.04 2017

<http://www.naroy.kommune.no/NK/Web.nsf/mainVirk?OpenForm&S=>

Hva kan SiBYN tilby:

- Råd og veiledning etter behov til innbyggere og ansatte som har behov for den samlede kompetansen i SiBYN. Behov for råd og veiledning i forhold til konkrete saker kan meldes inn til teamet på SiBYNs telefon 950 13 510.

- *Skulder ved skulder* - samarbeid mellom ansatte i tjenesteapparatet.

"Skulder ved skulder" er en utvidet form for veiledning og bistand fra teamet til ansatte

- Felles fag- og kompetanseutvikling.

SiBYN ønsker å bidra til en felles fag- og kompetanseutvikling blant ansatte i de 4 kommunene, NAV og DPS Kolvereid med fokus på verdier, bedringsprosesser, arbeidsmetoder, samhandling og brukermedvirkning - bl.a. ved gjennomføring av egne fagdager i BYN

Når en ser på presentasjonen av SiBYN slik den fremkommer i dag på hjemmesidene til de ulike kommunene, er det noen vesentlige endringer i forhold til den måten tiltaket ble presentert på i de opprinnelige planene. I saksfremmelegget²⁹ til tiltaket ble tiltaket beskrevet som et aktivt oppsøkende behandlingsteam. Dette fremkommer ikke lengre som en aktuell målsetning i presentasjonen av teamet til innbyggerne. Men i en presentasjon av SiBYN på KS sine hjemmesider³⁰ blir allikevel teamet fremstilt som et behandlings- og rådgiverteam: *SiBYN ønsker å være et svar på dette ved å være tilgjengelig behandlings- og rådgivningsteam, samt et lavterskeltilbud for innbyggere i BYN som har bekymringer om sin egen eller andres livssituasjon i forhold til rus og psykiatri.*

5.4 Observasjon av et møte

Møtet ble avholdt på DPS Kolvereid sine kontorer, og ble ledet av samhandlingskoordinatoren for BYN. Møtet varte i underkant av to timer. Tre av fire kommuner var representert, samt ansatte i interkommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten. Representanten fra NAV var ikke tilstede.

På saklisten var det to nye saker som skulle behandles. I tillegg skulle det være gjennomgang av saker som ikke var avsluttet for å oppdatere teamet på hva som hadde skjedd i disse sakene siden de var diskutert i teamet.

Den første saken som ble diskutert var det et av medlemmene i SiBYN som tok opp (saken var ikke meldt fra andre). Saken trengte avklaring fra NAV. I og med at NAVs representant ikke var tilstede, ble det diskutert om saken i det hele tatt kunne tas opp. Gruppen kom fram til at saken kunne avklares, fordi andre medlemmer satt med tilsvarende kompetanse. Det ble imidlertid en diskusjon rundt hvem som kunne gjøre hva i saken. Dette med utgangspunkt i hvilken kommune personen bodde i, og hvordan den interkommunale ansatte hadde fått etablert kontakt med aktuell bruker uten at kommunens brukerkontor var involvert i saken. Diskusjonen i gruppa handlet om avklaring av ansvarsforholdet ved bruk av interkommunale tjenester, og i hvor stor grad det kommunale brukerkontoret skulle involveres i en eventuelt utredning/kartlegging av hjelpebehov.

²⁹ Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal" s 17-18

³⁰ Publisert på KS sine hjemmesider 30.09 2015 <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/psykisk-helse-og-rus/samhandlingsteamet-i-bindal-og-ytre-namdal---sibyn/>

Den andre saken var en henvendelse fra pårørende som opplevde at de var i en fastlåst situasjon. På møtet var ikke den kommunen som saken kom fra representert, og det ble derfor brukt noe tid på å diskutere om saken kunne tas opp uten at kommunen var tilstede. Flere av gruppens medlemmer fra andre deler av hjelpeapparatet var godt kjent med situasjonen som pårørende beskrev. Det ble en lengre diskusjon rundt hva som kunne gjøres eller ikke gjøres, og hva som hadde vært prøvd før. Under diskusjonen/refleksjonen kom en stadig tilbake til at kommunen ikke var tilstede, og at det derfor var vanskelig å gjøre noe.

På grunn av en lengre refleksjon blant møtedeltakerne og representant fra følgeforskningen rundt arbeidsform, ansvarsfordeling og forståelse av teamets rolle, ble det ikke tid til en gjennomgang av de andre sakene teamet hadde satt på dagsorden.

5.5 Våre refleksjoner og kommentarer på SiBYN sin virksomhet

Et viktig utgangspunkt for følgeforskningen er å se om intensjonen i planene for etablering av de ulike tiltakene BYN-prosjektet foreslo har blitt ivaretatt, og hvordan tiltakene har utviklet seg. SiBYN ble i saksfremlegget³¹ tydelig presentert som et nytt behandlingstiltak og et lavterskeltilbud, hvor en skulle utvikle smartere måter å jobbe med en utfordrende målgruppe på. Fokuset tverrfaglig og tverretattlig samarbeid var sentralt. En ønsket å utvikle et behandlingstilbud som av styringsgrupped medlemmene i BYN-prosjektet ble beskrevet som sømløst behandlingstilbud.

Det er tydelig at teamet har arbeidet lenge med å finne en arbeidsform som passer forholdene i Ytre Namdal. En åpenbar problemstilling er hvordan teamet kan arbeide i forhold til den enkelte sak som er oppe til drøfting i teamet. Særlig gjelder dette saker hvor teamet får henvendelse direkte fra brukere/pårørende som opplever at de ikke får den hjelp og støtte de trenger.

Under observasjonen av arbeidet i drøftingstemaet synes det også som medlemmene hadde et litt ulikt utgangspunkt, eller ulikt syn på hvilken rolle teamet skulle ha. Selv om de nettopp hadde brukt mye arbeid med å revidere dokumentet som skulle beskrive arbeidsformen og målsettingen til SiBYN, synes ikke dette integrert i måten teamet samhandlet på. Dette var de også klar over, og var enig i at det i fortsettelsen var viktig å se på teamets arbeidsmetoder og mulighet til å intervensere (sett i forhold til sin egen funksjonsbeskrivelse).

Hva kan være årsaken til at det er gjort endringer? Vi tror at det er to sentrale grunner til dette. Den ene er at når planene for etablering av SiBYN ble lansert var fremdeles DPS Kolvereid i full drift, også med egen sengepost. DPS var tiltenkt å ha en sentral plass i etableringen og organiseringen av det nye tjenestetilbudet. Nedlegging av sengeposten og redusert drift ved DPS førte nok til at SiBYN som tiltak og virksomhet måtte finne en annen driftsform.

For det andre har ikke helse- og omsorgssjefene i de fire kommunene tatt på alvor de føringene som saksfremlegget³² pekte på. I saksutredningen om etablering av tiltaket SiBYN er problemstillingen om ansvarsforhold løftet frem. Der konkluderer en med at teammedlemmene skal være organisatorisk

³¹Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal", s 17-18

³²Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal" , s 18

tilknyttet den tjenesten de arbeider i, men at det skal utarbeides individuelle avtaler om tjenestegjøring i teamet. Videre var det helse- og sosialsjefene eller tilsvarende i de fire kommunene, samt leder ved DPS Kolvereid som skulle stå som ansvarlig for valg av ansatte og inngåelse av avtaler. Det understrekes i saksframlegget at SiBYN skal ha en kontoravhengig, oppsøkende praksis og en fleksibel arbeidsform.

Under observasjonen av møtet i SiBYN kom problematikken godt til syne i begge de to sakene som var oppe til drøfting. Det var tydelig usikkerhet rundt uavklarte retningslinjer om ansvarsforhold. Dette innebar at en har vansker med å avklare hvem som kan gjøre hva knyttet til enkelthenvendelser, med å avklare hvordan et team sammensatt med representanter fra flere arbeidsgivere kan jobbe sammen, og i tillegg bestemme hvem som eventuelt skal betale for driften av et slikt team.

Et spørsmål som mange har stilt er håndteringen av taushetsplikten. Vår vurdering av den konkrete håndteringen av taushetsplikten i møtet i drøftingsteamet der vi deltok: Brukere eller pårørende som henvender seg til teamet vet hvilket team de henvender seg til, og av informasjon på hjemmesidene til kommunene og i foldere som presenterer tiltaket, kommer det tydelig fram hvem som sitter der.

Man kan henvende seg til SiBYN dersom man har en bekymring knytta til noen andre; en sønn, en nabo eller lignende. I slike tilfeller er mottager av henvendelsen dyktig til å informere den henvendende part. I de tilfeller der henvendelsen gjelder en annen, må mottager ta kontakt med den saken gjelder og får nødvendig godkjenning for å ta opp saken i SiBYN. Under forutsetning av at man har fått slik godkjenning, kan saken drøftes i SiBYN. Når hjelpeapparatet henvender seg uten brukers samtykke blir sakene anonymisert. Slik vi vurderer det blir taushetsplikten derfor overholdt og ivaretatt på forsvarlig måte.

Spørsmålet vi stiller oss er hva SiBYN er i dag. Er det et lavterskeltilbud og et oppsøkende behandlingsteam, eller er SiBYN blitt en råd- og veiledningstjeneste som i hovedsak er rettet mot å gi veiledning til kommunenes eksisterende hjelpetiltak?

Det er gode grunner til å si at det siste er tilfelle. I begge saker som vi overvar behandlingen av kom dette tydelig frem. Her ble fagkunnskapene fra de ulike representantene brukt til både å belyse den aktuelle situasjonen, komme med råd og veiledning i forhold til hvilke områder som det måtte sees nærmere på, og som måtte utredes videre. Det kom frem en del faktakunnskap om muligheter og rettigheter brukeren hadde og hvilke vilkår som måtte til for at brukeren kunne få innfridd sine rettigheter. Denne arbeidsformen var det tydelig at teamet behersket godt. Arbeidsformen bidrar til en fordeling av kunnskap innad i teamet, og slik kan en si at SiBYN fungerer kompetansehevende først og fremst for de medlemmene som deltar i teamet; dernest for den organisasjonen den enkelte i teamet representerer.

Styrken i arbeidsformen til SiBYN ligger i det en kan kalle bredde og dybde i fagkompetanse. Samlet sett består teamet av bred fagkompetanse. En slik bredt sammensatt fagkompetanse gir teamet en unik mulighet til å belyse en aktuell problemstilling fra flere sider.

I det siste har SiBYN også hatt et større fokus på fagutvikling, både internt i teamet og til tjenestene i kommunene. Slik vi har forstått er det satt av tid på enkelte av SiBYN sine møter til å planlegge og drøfte fagutviklingstiltak. Dette har blant annet resultert i fagdager for ansatte i de fire kommunene om recovery. Dette er i tråd med fremstillingen av hva SiBYN er, slik de fremstår på kommunenes hjemmeside: *SiBYN ønsker å bidra til en felles fag- og kompetanseutvikling blant ansatte i de 4 kommunene,*

NAV og DPS Kolvereid med fokus på verdier, bedringsprosesser, arbeidsmetoder, samhandling og brukermedvirkning - bl.a. ved gjennomføring av egne fagdager i BYN³³.

Det å drive kompetanseutvikling er i tråd med SiBYN slik det fremstilles i saksfremlegget hvor det beskrives fire hovedaktiviteter³⁴, og hvor punkt 4 er ansvar for felles kompetanseutvikling via læringsnettverk.

Ser en på det som er skrevet om SiBYN, måten SiBYN nå blir presentert på og hvordan samhandlingen foregår, har SiBYN ikke utviklet seg i den retningen som det var tenkt i starten. I saksfremlegget er hovedfokusområdet direkte pasientoppfølging. Dette kommer tydelig frem i de første tre hovedaktivitetsområdene som omhandler mottakssentral, aktiv og langvarig oppfølging, og tett samarbeid med det øvrige tjenesteapparatet³⁵. For oss virker det som at når SiBYN har møtt på utfordringer som har brutt med tradisjonell tenkning rundt henvendelser, hvem som skal gjøre jobben sett i forhold til hvem som bestemmer, faglig ansvarlig for tjenestene osv., så har de valgt å ikke ta dette opp for å prøve å finne løsninger. Man har falt tilbake på tradisjonell tenkning hvor ansvar for tjenesten skal gis av en kommune (den kommunen hvor innbyggeren bor), eller hos spesialisthelsetjenesten.

Oppsøkende virksomhet eller tett samarbeid rundt den enkelte bruker på tvers av kommuner og nivåer gjennomføres heller ikke aktivt. Til dels kommer dette av at representanter fra andrelinjetjenesten må ha formelle henvendelser før de kan jobbe konkret mot en pasient. For kommunenes vedkommende kan de primært bare jobbe med brukere som er innbyggere i egen kommune. Slik sett er det bare to av medlemmene i teamet som kan jobbe på tvers av kommunene, og det er koordinatoren for BYN og ruskoordinatoren som er interkommunalt ansatt.

Slik sett bryter dagens organisering av SiBYN med intensjonene om å være et lavterskeltilbud med oppsøkende virksomhet bygd på ideer fra FACT og ACT. I følge NAPHA³⁶ er ACT-team en tjeneste rettet mot brukere med alvorlige psykiske lidelser som har utfordringer knyttet til å nyttiggjøre seg eksisterende tjenester, eller som ikke ser eget behov for hjelp. Assertive Community Treatment team har ingen god oversettelse til norsk, men kan best forklares med begrepet «opsøkende behandlingsteam». Teamene etableres med personell fra både primær- og spesialisthelsetjeneste, er tverrfaglig sammensatt og aktivt oppsøkende. I ACT-modellen er det gjennom fidelity-kriterier beskrevet som et sett av tjenester som skal tilbys kontinuerlig. Blant annet er team-tilnærming, daglig planlegging, hyppige hjemmebesøk og brukerorientert hjelp sentralt.

I likhet med ACT dreier FACT-tjenestemodellen seg om å gi støtte og koordinering av tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser. Den skiller seg fra ACT ved at FACT tilbyr fleksible tjenester tilpasset brukernes individuelle hjelpebehov. De ansatte i FACT-teamet tilbyr fleksible tjenester, basert på hvor omfattende hjelpebehov brukerne har på det aktuelle tidspunkt.

Det som er felles for ACT og FACT, er at det drives aktivt oppsøkende arbeid og er et direkte brukerrettet tilbud. En kan ikke si at hovedpunktene i ACT og FACT er innført i vesentlig grad i SiBYN. I

³³ Lastet ned fra Nærøy kommune sine hjemmesider 06.04 2017

<http://www.naroy.kommune.no/NK/Web.nsf/mainVirk?OpenForm&S=>

³⁴ Viser til punkt 4 Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal", s 18

³⁵ Viser til de første tre punktene i Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal" s 18

³⁶ Informasjonen om FACT og ACT er hentet fra NAPAS hjemmesider og er bygd på både artikler, praksisbeskrivelse og nyhetsoppslag

SiBYN er det fremdeles relativt sterke skillelinjer mellom første- og andrelinjetjenesten, og teamet som team er ikke aktivt oppsøkende. Sakene behandles i et teammøte som foregår ved DPS. Den enkelte bruker mottar ingen tjeneste fra teamet som team, i form av hjelp og støtte for å mestre dagliglivet sitt.

5.6 Oppsummering og konklusjon

Slik vi vurderer det fremstår ikke SiBYN som supplement til kommunens og andrelinjetjenesten sitt ordinære behandlingstilbud. I begrepet behandlingstilbud legger vi at brukere og pårørende får hjelp av teamet i tråd med intensjonene i prosjektbeskrivelsen og i tråd med de tiltak de beskriver at de har hentet inspirasjon fra, slik som FACT og ACT.

SiBYN sitt hovedvirksomhetsområde blir i all hovedsak rettet mot utviklingen av tjenesten. Dvs. at de primære brukerne av SiBYN er medlemmene av SiBYN gruppa selv, og de organisasjonene de representerer. Vi mener å ha grunnlag for å fastslå at SiBYN primært fungerer som et veiledning- og rådgivningsteam ovenfor den enkelte kommunens helse- og omsorgstjeneste. Slik sett representerer ikke SiBYN en del av en tiltakskjede, og kan neppe beskrives som å tette hullene i dagens tjenestetilbud. Det som er klart er at SiBYN som tiltak styrker og bygger på de grunntjenestene og ressursene som finnes både i første- og i andrelinjetjenesten i BYN. Videre vil det foregå en del kunnskapsutvikling på møtene, og de som får sakene sine belyst på møtet vil få mange innspill i forhold til videre arbeid med brukerne. Det at pårørende og andre kan ta kontakt med teamet og at de kan drøfte den aktuelle situasjonen, vil også kunne være med og bidra til at den etat som har ansvaret for de tjenester som gis kan få bedre mulighet til å utvikle egnet tilbud til den aktuelle brukeren.

SiBYN fremstår ikke som et samhandling- og behandlingsteam, men som et råd- og veiledningsteam. Råd og veiledning er en viktig funksjon i forhold til å utvikle tjenestene, men intensjonen om et sømløst tilbud hvor folk jobber sammen eller hvor du kan få hjelp når tilbudet du har ikke er bra kan ikke SiBYN sies å være. Slik en kan tolke tiltaket er SiBYN med andre ord ikke et behandlingsteam som deltar aktivt i tilrettelegging av behandlingsopplegg til innbyggerne i kommunen.

SiBYN sin berettigelse er absolutt tilstede. Vi vurderer det som et viktig tiltak, spesielt med tanke på utvikling av robuste fagmiljø og de ulike organisasjoners sin kjennskap til hverandre. Imidlertid kan en stille spørsmålet om det å samle 10 mennesker i en gruppe hver 14. dag er en fornuftig ressursbruk.

Hvis kommunene ønsker å videreutvikle SiBYN i tråd med intensjonene, vil dette kreve nytenkning og større ledelsesforankring i de ulike organisasjonene. Det vil være nødvendig å gå inn slik som prosjektbeskrivelsen foreslår; med avtaler rundt det enkelte medlems mulighet til å jobbe på tvers av tjenestested og organisasjon når teamet har behov for deres kompetanse. I lys av de signaler som er gitt i forbindelse med kommunereformen vil arbeidet med å videreutvikle SiBYN være en god start for å ha et oppegående aktivt oppsøkende behandlingsteam igangsatt når og om kommunereformen blir en realitet for BYN. Om kommunereformen allikevel ikke skulle bli en realitet, mener vi at ideen er såpass god at den bør utprøves i tråd med intensjonen i forslaget i saksfremlegget³⁷.

³⁷ Saksframlegg til styringsgruppemøte 3. og 4. september 2014. Forslag til gjennomføring av tiltak. Prosjekt "Lokale helsetjenester- Psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal" s 17-19

6. Veien videre

I notat om følgeforskning av BYN-prosjektet³⁸ er det skissert følgeforskning i 3 faser, med avslutning av prosjektet innen utgangen av 2017.

Fra notatet sies følgende om fase tre:

Fase tre vil være av en mer evaluerende art. Hvilket design vi her vil bruke vil vi komme tilbake til, men hensikten er å få beskrevet og vurdert om samhandlingen er bedre etter at de ulike tiltakene har fungert en stund og om de inngår som en helhet i en samordnet tjeneste der kompetansen blir brukt effektivt og målrettet.

I fase to, som denne rapporten omhandler, ble informasjonsinnhenting som nevnt forsinket. Som følge av forsinkelsen har vi hatt mulighet til og mener vi å ha gitt en beskrivelse og vurdering av samhandling i utvalgte BYN-tiltak. Det vi har viet lite oppmerksomhet så langt er kompetanseheving i BYN og hvorvidt man klarer å benytte kompetansen effektivt og målrettet.

På bakgrunn av det ønsker vi å foreslå at siste del av følgeforskningen omhandler Delmål 4- Robuste fagmiljø- tiltak 17 *Kompetansehevevende tiltak*³⁹

Målsetting/hensikt for tiltaket er å sikre at fagressursene er i samsvar med endringer i behov ved å utvikle relevante opplæringspakker i tråd med ønsket tjenestetilbud i BYN og samarbeide om gjennomføringen av disse.

Metode:

Del 1: Dokumentgjennomgang og gjennomgang av innhold og mål for de ulike kursene.

Del 2: Kvantitativ undersøkelse blant deltakere som har gått på kurs i regi av BYN prosjektet.

Vi ønsker for det første å undersøke i hvilken grad kurs og andre kompetansehevede tiltak har bidratt til å heve kompetanse og for det andre å undersøke hvorvidt kursdeltagere bruker den nye kompetansen og kunnskap om nye verktøy i sitt daglige arbeid.

³⁸ Johansen, O & Fjone, Heidi H: Notat Følgeforskning av prosjektet «Lokale helsetjenester psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal» En beskrivelse av områder og metodikk

³⁹ Prosjekt «Lokale helsetjenester –psykiatri, rus og somatikk i Bindal og Ytre Namdal. Sluttrapport med forslag til tiltak. 2015, s.26