



**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Marianne Nordahl Husebye

Masteroppgave

«Hvordan kan tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernet bidra til helhetlig hjelp til det beste for barn og deres familier?»

«How interdisciplinary collaboration between the health station and the child welfare service can contribute to comprehensive help for the benefit of children and their families?»

Masteroppgave i sosialfaglig arbeid med barn, unge og deres familier

SBU3009/1

2022

Innhold

INNHold	1
NORSK SAMMENDRAG	3
ENGELSK SMMENDRAG (ABSTRACT)	4
1. INNLEDNING	5
1.1 INTRODUKSJON	5
1.2 STUDIENS OPPBYGGING	8
2. KUNNSKAPSSTATUS	9
2.1 LITTERATURSØK	9
2.2 TVERRFAGLIG SAMARBEID	9
2.3 JURIDISK REGELVERK.....	11
2.3.1 <i>Barnevernets juridiske regelverk</i>	11
2.3.2 <i>Helsestasjonens juridiske regelverk</i>	13
2.4 FOREBYGGENDE ARBEID OG TIDLIG INNSATS	14
2.5 OPPSUMMERING	15
3. TEORIDEL	16
3.1 TVERRFAGLIG SAMARBEID	16
3.1.1 <i>Hva er et tverrfaglig samarbeid ?</i>	16
3.1.2 <i>Hva påvirker et tverrfaglig samarbeid?</i>	17
3.2 JURIDISKE RAMMER FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID	25
3.2.1 <i>Barns rettigheter</i>	25
3.2.2 <i>Taushetsplikten</i>	26
3.2.3 <i>Opplysningsplikt og meldeplikt</i>	28
3.3 FOREBYGGING.....	30
3.3.1 <i>Forebygging; Tidlig innsats</i>	33
3.3.2 <i>Familiestøttende arbeid</i>	34
3.4 KOMPLEKSITETSTEORI	35
3.4.1 <i>Sårbare og utsatte barn</i>	35
3.4.2 <i>Komplekse problemer</i>	36
3.5 OPPSUMMERING TEORI	38
4. METODE	39

4.1	KVALITATIV METODE SOM FORSKNINGSDESIGN	39
4.2	REKRUTERING OG GJENNOMFØRING AV INTERVJUER	40
4.3	TEMATISK ANALYSE.....	40
4.4	VITENSKAPTEORETISK POSISJON	44
4.5	RELIABILITET, VALIDITET, OVERFØRBARHET OG FORSKNINGSETIKK.....	45
4.5.1	<i>Reliabilitet</i>	45
4.5.2	<i>Validitet</i>	45
4.5.3	<i>Overførbarhet</i>	46
4.5.4	<i>Etikk i forskningsprosessen</i>	46
4.6	STYRKER OG SVAKHETER VED STUIDEN	47
4.7	EGEN POSISJON I FORHOLDT TIL TEMA.....	48
5.	RESULTATER	49
5.1	TVERRFAGLIG SAMARBEID	49
5.1.1	<i>Sammen gjør vi hverandre gode</i>	49
5.1.2	<i>Personavhengig</i>	51
5.1.3	<i>Tillit</i>	52
5.2	JURIDISKE RAMMER.....	53
5.2.1	<i>Rettsikkerhet</i>	53
5.2.2	<i>Taushetsplikt</i>	54
5.2.3	<i>Samtykke</i>	55
5.2.4	<i>Meldeplikt</i>	56
5.3	FOREBYGGING	58
5.3.1	<i>Tidlig innsats</i>	58
5.3.2	<i>Kunnskap og kompetanse</i>	59
5.3.3	<i>Helhetsperspektivet</i>	60
5.4	OPPSUMMERING	60
6.	DRØFTING	62
7.	KONKLUSJON	75
	LITTERATURLISTE	77
	VEDLEGG	0

Norsk sammendrag

Politiske føringer poengterer at menneskerettighetene og det å se mennesket i et helhetsperspektiv er grunnleggende for kommunens arbeid med barn og deres familier. Det vektlegges økt fokus på forebyggende arbeid, tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid anses som en nyttig og nødvendig arbeidsmetode i det familiestøttende arbeidet med barn og deres familier.

Samtidig har tilsynsrapporter, offentlige rapporter og forskningsrapporter kritisert velferdsstatens hjelpetilbud og pekt på at hjelpen fremstår som fragmentert. For å forhindre ansvarsfraskrivelse og lite koordinert hjelp, økes nå fokuset på kommunens familiestøttende arbeid. Barnevernet og helsestasjonen er en del av det familiestøttende arbeidet som skal forebygge og hjelpe barn og deres familier i en vanskelig og utfordrende livssituasjon ut i fra et helhetlig perspektiv.

Denne studien retter fokus mot dilemmaer som kan oppstå i det tverrfaglig samarbeidet mellom barnevernet og helsestasjonen. Tverrfaglig samarbeid består av et mangfold av faktorer som påvirker hverandre i ulik retning og kan medføre både hindringer og berikelse i utførelsen av arbeidet. I studien knyttes de politiske føringene og teorier om tverrfaglige samarbeid opp mot kompleksitetsteori. Da barn og foreldre som kommer i kontakt med barnevernet, ofte har flere utfordringer og vansker som påvirker hverandre og gir en kompleks livssituasjon.

Problemstillingen som søkes belyst er *«hvordan kan tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernet bidra til helhetlig hjelp til det beste for barn og deres familier?»*

For å finne svar på problemstillingen ble det benyttet kvalitativ metode og intervju med ansatte på helsestasjonen og i barnevernet. Deltakerens innspill har vært nyttige i forståelsen av dilemmaer som kan oppstå, og hva som kan være nyttige tiltak for å få til en bedring av tverrfaglig samarbeid. Deltakernes innspill sammenfaller i stor grad med hva nyere forskningsrapporter, offentlige rapporter og tilsynsrapporter henviser til rundt denne tematikken. Studiens resultater belyser deltakernes erfaringer og synpunkt, opp mot teoretiske perspektiver knyttet til hva som kan gjøres for å få til et godt samarbeid.

Engelsk sammendrag (abstract)

Political guidelines point out that human rights and seeing people in a holistic perspective as fundamental to the municipality's work with children and families. Emphasis is placed on increased focus on preventive work, early intervention and interdisciplinary collaboration. Interdisciplinary collaboration is considered a useful and necessary working method in the family support work with children and families. Prevention and early intervention help to implement and identify the need for help at an early stage.

At the same time, several research reports and official documents have criticized the welfare state's assistance offer and pointed out that the assistance appears to be fragmented. To prevent disclaimers and little coordinated help, the focus is now on the municipality's family support work. The child welfare service and the health station are part of the family support work that will prevent and help children and their families in a difficult and challenging life situation from a holistic perspective.

This thesis focuses on dilemmas that may arise in the interdisciplinary collaboration between the child welfare service and the health station. Interdisciplinary collaboration consists of a diversity of factors that affect each other in different directions and can lead to both obstacles and enrichment in the execution of the work. In the thesis, the political guidelines and theories of interdisciplinary collaboration are linked to complexity theory. As children and parents who come into contact with child welfare, often have a variety of challenges and several difficulties that affect each other and give a complex life situation.

The issue that is sought to be elucidated is *“how interdisciplinary collaboration between the health station and the child welfare service can contribute to comprehensive help for the benefit of children and their families?”*

To find answers to the thesis problem, a qualitative method and interview with employees at the health station and in the child welfare service were used. The participant's input has been useful in understanding the dilemmas that may arise, and what can be useful measures to bring about an improvement in interdisciplinary collaboration. The participants' input largely coincides with what research reports and official documents refer to and research that has been done in recent years around this topic. The results of the study shed light on the participants' experiences and points of view, up against theoretical perspectives related to what can be done to bring about a good collaboration.

1. Innledning

1.1 Introduksjon

Politiske føringer vektlegger at sektorer og tjenester skal se mennesket i et helhetsperspektiv, gjennom fokus på folkehelse- og livsmestringsperspektivet. Et politisk mål er at barn skal få helhetlig og koordinert hjelp på lavest mulig nivå, til rett tid (NOU 2009:22, s. 9). Et annet mål er at kommunens innsats skal rettes mot det familiestøttende arbeidet, ved å støtte opp familien og dens nettverk gjennom ressursmobilisering (Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet, 2017, s. 9 og 13). Det er barnas behov som er i sentrum i det familiestøttende arbeidet (Prop. 73 L (2016-2017), s. 29). I 2022 og 2023 trer barnevernsreformen i kraft med et forsterket fokus på barneperspektivet og menneskerettighetene, samtidig er det økt fokus på tidlig innstas, tverrfaglig samarbeid og bedre barnevernfaglig arbeid (Prop. 133 L (2020-2021), s. 15).

Barn som gruppe er sårbare ut i fra egen evne og mulighet til å ta egne valg og forsvare sine interesser (Prop. 73 L (2016-2017) s. 26). Spe- og småbarn er ekstra sårbare, da de er avhengig av voksne som kan ivareta deres behov og interesser. Barnevernet og helsestasjonen er sentrale aktører innen det familiestøttende arbeidet, da tjenestene påtreffer mange barn og familier.

Helsestasjonen er en anerkjent helsetjeneste i det norske samfunnet og har nesten 100 % oppslutning på sine tjenester (Glavin og Erdal, 2018, s. 187). Barnevernet beskrives å være en tjeneste som evner å ta barns perspektiv og som innehar kunnskap om lokale forhold som kan fremme og hemme barns levekår (Kane og Neverdal, 2018, s. 258). Barn som kommer i kontakt med barnevernet kan ha sårbarheter eller belastninger ut i fra seg selv, sin omsorgssituasjon eller sitt miljø (Prop. 73L (2016-2017) s. 23).

I dagens Norge bidrar velferdsstaten til at de fleste barn har en god oppvekst. Men flere forskningsprosjekt har avdekket svakheter i hjelpetilbudet, særlig knyttet til at enkelte barn med komplekse utfordringer ikke mottar hjelp som nytter. Sårbarheter og belastninger kan gi seg til utslag i sammensatte vansker. Sammensatte vansker kan gi utfordringer i problemløsning da de kan være uforutsigbare, mangefasetterte og utfordrer en lineær problemløsnings modell (Langsrud, Lichtwarck og Fauske, 2020, s. 113). For å hjelpe barn og

familier som har sammensatte vansker kreves det ofte innsats fra flere tjenester samtidig (Kaurstad, Bachmann, Bremnes, Groven, 2015, s. 99).

Helhetlig hjelp til barn og deres familier forutsetter bruk av arbeidsmetoden tverrfaglig samarbeid (FAFO, 2020, s. 9-10). Arbeidsmetoden kan være berikende med tilfang av nye perspektiv og/eller by på dilemmaer og hindringer.

Forskning på hjernens utvikling har vist behovet for økt fokus på traumer, belastninger og risiko- og beskyttelsesfaktorerens betydning for barns oppvekst og utvikling (Braarud og Nordanger, 2011, s. 968). Vold, overgrep og omsorgssvikt beskrives å være noen av de største truslene mot folkehelsen (NOU 2017:12, s. 27). Forebygging deles inn i nivåer ut ifra om det skal treffe hele eller deler av befolkningen. Helsestasjonen arbeider i hovedsak ut i fra et universelt forebyggende nivå, mens barnevernet arbeider forebyggende etter at det har oppstått vansker, for å forhindre ytterligere omfattende skjevutvikling eller skade. Det tverrfaglige samarbeidet mellom helsestasjonen og barnevernet handler om balansen mellom universell forebygging og forebygging ut fra grad av risiko for å hjelpe barn og familier på et tidlig stadium.

Risikofaktorer og belastninger kan ses i sammenheng med levekårsutfordringer som kan medføre omsorgssvikt ovenfor barn. Omsorgssvikt henger sammen med folkehelse, og folkehelse henger sammen med samfunnsøkonomi. Dette er et sektorovergripende arbeid som er nedfelt i flere lovverk, hvor helhetsperspektivet kan komme både enkelt individ og samfunnsøkonomien til gode. Grad og omfang av belastninger, levekårsutfordringer, helse og økonomi kan igjen si noe om grad av kompleksitet rundt familiene, påvirke problemforståelsen og hvilken hjelp som tilbys familien. Komplekse vansker krever tverrfaglig samarbeid for å hjelpe familien best mulig (Fauske, Kvaran og Lichtwarck, 2017, s. 46-47).

Denne studien handler om betydningen av tverrfaglig samarbeid rundt de yngste barna, tidlig innsats og hvilke dilemmaer som kan oppstå i slikt arbeid. Målet med studien er å undersøke om tverrfaglig samarbeid mellom barnevernet og helsestasjonen kan gi bedre hjelp til barn og deres familier som er i kontakt med barnevernet. Problemstillingen som søkes belyst er:

«Hvordan kan tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjon og barnevernet bidra til helhetlig hjelp til det beste for barn og deres familier?»

For å få en mer utvidet forståelse for problemstillingen er det utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan oppleves samarbeid med barnevernet før og etter det er sendt en bekymringsmelding fra helsestasjonens synspunkt?
- Hvordan er terskelen for å sende bekymringsmelding fra helsestasjonen?
- På hvilke områder samarbeider barnevernet og helsestasjonen systematisk om tidlig innsats?
- Hva skal til for at barn skal fanges tidlig opp og får helhetlig hjelp?
- Hvilken rolle spiller taushetsplikten?

Politiske føringer vektlegger at samarbeid skal foregå på tvers av tjenester og sektorer, samtidig er strukturer og system bygge opp rundt sektorers egen logikk og finansielle rammer. Flere kilder og styrende dokumenter fremstiller tverrfaglig samarbeid som underliggende positivt, med hindringer som kan overkommes (Bakketeig, Dullum og Stefansen, 2019, s. 200). I denne studien rettes et kritisk blikk mot de underliggende dilemmaer som kan oppstå, da tverrfaglig samarbeid kan oppleves utfordrende i praksis.

For å undersøke problemstillingen har det blitt benyttet kvalitativ metode og intervjuer med ansatte på helsestasjonen og i barnevernet. De ansatte har funksjon som kontaktpersoner ovenfor familier, og har operativt arbeide med barn og familier og oppgaver knyttet til tverrfaglig samarbeid. Deltakerne anses å ha god kunnskap om både brukerne av tjenestene, tverrfaglig samarbeid og hvordan dette påvirker deres arbeidshverdag.

For å finne ut av hvordan barnevernet arbeider forebyggende har det vært interessant å se til samarbeidet med helsestasjonen. Både helsestasjonen og barnevernet har forebygging i sine mandat. I forlengelse av dette avgrenses studien til å gjelde helsestasjonens og barnevernets arbeid rundt de yngste barna i alderen 0-5 år, da de anses som sårbare og avhengige av sine omsorgspersoner.

I tillegg til intervjuer benyttes også teoretiske perspektiver på tverrfaglighet, forebygging og kompleksitetsteori. Samt de juridiske rammene rundt helsestasjonens og barnevernets arbeid for å finne svar på problemstillingen.

1.2 Studiens oppbygging

I denne studien er det tre hovedfokus: tverrfaglig samarbeid, juridiske rammer og forebygging rundt sårbare barns utvikling. Studien er bygd opp med fokus først på det generelle, dernest spesifikt hvordan tverrfaglig samarbeid mellom barnevernet og helsestasjonen kan gi bedre hjelp til de yngste barna. Dette gjøres ved at det først presenteres relevante perspektiver om tverrfaglig arbeid og de juridiske rammene, for så å presentere perspektiver opp mot forebyggende arbeid og kompleksitetsteori.

Kapittel 1 er introduksjon til tematikken og presentasjon av problemstillingen. Kapittel 2 handler om kunnskapsstatus på relevant litteratur. Kapittel 3 gir innblikk i ulike teoretiske perspektiver for drøfting av resultatene i analysedelen i lys av teori. Kapittel 4 handler om metoden som er brukt for å få svar på problemstillingen. Kapittel 5 presenterer resultatene fra intervjuene. Kapittel 6 presenterer drøftingen av resultater og teori. Kapittel 7 er avsluttende kommentarer.

2. Kunnskapsstatus

For å finne svar på problemstillingen har det blitt gjort søk på forskningsrapporter, tilsynsrapporter, litteratur, offentlige- utredninger og rapporter m.m. Her redegjøres for prosessen, i tillegg presenteres kildene og de ulike perspektivene som anses relevante for å undersøke problemstillingen. Del kapittel 1 viser til prosessen rundt litteratursøk. Delkapittel 2, 3 og 4 presenterer aktuelle forskningsrapporter, tilsynsrapporter, offentlige- rapporter og utredninger, studier og juridiske rammer som har vært nyttige å se til i denne studien. Til sist kommer en oppsummering av kapitlet.

2.1 Litteratursøk

Prosesen startet med et utvidet litteratursøk i ulike databaser som bl.a. Oria, Idunn, Google, Google scholar. Det ble søkt på ord som kunne favne barnevern/barneverntjenesten, helsestasjon, tverrfaglig samarbeid, forebygging, tidlig innstas, psykisk helse, samarbeid, barn og unge. Gjennom søkene ble det identifisert relevante artikler, fagbøker, tidsskrifter, NOU'er, Proposisjoner til Stortinget, lovtekster, masteroppgaver og nyere forskning. Det ble gjort nye søk ut i fra litteraturlister i relevante kilder.

Underveis i søkene var det flere treff på samarbeid mellom barnevernet og andre instanser som barnehage og skole, enn på samarbeid mellom barnevernet og helsestasjonen. Det kan bety at det i mindre grad har vært gjort forskning på nettopp dette feltet.

2.2 Tverrfaglig samarbeid

På 2010-tallet har det kommet en rekke Proposisjoner til Stortinget, forskningsrapporter og tilsynsrapporter med fokus på tverrfaglig samarbeid sett fra både brukernes synspunkt, stat og politi. Flere av kildene er relevante for denne studien som bl.a. NOU 2017:12, Prop. 12 S (2017-2021) og Statens Helsetilsynet (2019) rapport «Det å reise vasker øynene».

I rapporten «Samarbeid til barn og unges beste» vises det til at dette fagfeltet er under-teoretisert. At det er lite tilgjengelig forskningen på omfanget av tverrfagligsamhandling, samhandlingsvansker og konsekvenser. Det samme gjelder forskning på forekomst av ulike

vansker og problemområder, og hvilke behov det er for forebyggende innsatser. At det er tilgjengelig prosjektbaserte- og evalueringsstudier, men at disse evaluerer eget prosjekt og ikke har mål om bidra til mer generell kunnskapsøkning (0-24-samarbeidet, 2019, s. 17).

Samtidig har det de siste årene pågått flere forskningsprosjekt knyttet til tverrfaglig samarbeid som 0-24-samarbeidet og BarnUnge21strategien i Norge. Som sammen med flere andre barnevernfaglige rapporter har medført en utvikling på området, ved at det nå er flere teoretiske aspekt som kan benyttes til å forklare fagfeltet (Willumsen, Sirnes og Ødegård, 2017, s. 22).

Det nordiske samarbeidsprosjektet, 0-24-samarbeidet, rettet fokuset på tverrsektoriell innsats ovenfor utsatte barn og unge under 24 år i perioden 2017-2020. Det var utført på oppdrag fra flere departement og direktorat, med fokus på hvordan utsatte barn og unge kan få tidlig tilpasset og helhetlighjelp gjennom bedre samordning av tjenester. Det har blitt utarbeidet et kunnskapsgrunnlag, flere del -og sluttrapporter hvor flere har vært relevante for studien, som «*Trøbbel i grenseflatene*» (FAFO, 2020) og «*Kartlegging av samhandling om utsatte barn og unge*» (IPSOS, 2018) (<https://0-24-samarbeidet.no/>). Rapportene bidrar med oppdatert kunnskap på tverrfaglig samarbeid med mål om å gi bedre hjelp til barn og deres familier.

Barne- og familiedepartementet tok initiativ til å utvikle en strategi for forskningsområdet; utsatte barn og unges oppvekst og levevilkår, kalt BarnUnge21. Arbeidet har vært sektorovergripende for å favne barn og unge som er i faresonen for utenforskap og marginalisering. Det å skape en målrettet, helhetlig og koordinerte nasjonal innstas for forskning, utvikling og innovasjon ovenfor utsatte barn og unge, har vært strategiens mål. Strategiens sluttrapport har vært aktuell for studien, med sitt fokus på blindsoner som kan oppstå ved tverrfaglig samarbeid rundt risikoutsatte barn (Forskningsrådet, 2021, s. 6-9, 52-56).

Andre relevante kilder er forarbeidene til barnevernsreformen, Prop. 73 L (2016-2017) og Prop. 133 L (2020-2021). Der vises det til både barnevernfaglig forskning, NOU:er og tilsynsrapporter som gir et grunnlag for forståelsen av barn som eget rettssubjekt, forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid. I barnevernsreformen er det økt fokus på tverrfaglig samarbeid mellom barnevernet og andre tjenester. Det presiseres at barnevernet i arbeidet med sårbare barn og deres familier både skal tilrettelegge for, delta i og samarbeide med andre (Prop. 73 L (2016-2017), s. 56).

Politiske føringer vektlegger at oppfølgingen av utsatte barn og familier bør skje gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenester, ut i fra en bekymring om at barn med behov for hjelp fra flere instanser ikke mottar et tilstrekkelig helhetlig tjenestetilbud (FAFO, 2020, s. 7; Prop. 100 L (2020-2021), s. 10). Denne bekymringen fremtrer gjennom flere tilsynsrapporter og forskningsrapporter rundt barn og deres foreldres møte med velferdsstaten. Til denne studien har det vært nyttig å se til rapporten «Alvorlig vold mot små barn» (Kripos, 2019), Clifford, Fauske, Lichtwarck og Marthinsen (2015) sin sluttrapport fra forsknings- og utviklingsprosjektet «Det nye barnevernet» og Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven (2015) sin rapport «Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge».

2.3 Juridisk regelverk

Studien tar utgangspunkt i gjeldene rett, men det er også tatt med nyere endringer. Juni 2021 kom forslag på en revidert utgave av barnevernloven, barnevernsreformen, med planlagt ikrafttredelse januar 2023. Noe av bakgrunnen for ny barnevernlov er at Den europeiske menneskerettsdomstol i Strasbourg (EMD) fra 2015 har behandlet 39 barnevernssaker for Norge som har medført at Høyesterett har påpekt behov for justeringer i praksis (Prop. 133 L (2020-2021), s. 15).

Det ble fattet vedtak om endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) i Stortinget i juni 2021, denne vises det også til i denne studien.

2.3.1 Barnevernets juridiske regelverk

Ansatte i barnevernet utfører sitt virke med barn og deres familier ut i fra FNs konvensjon om barns rettigheter (barnekonvensjon) (1991), barnevernloven (1992), forvaltningsloven (1967) og endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) (2021).

I barnekonvensjonen understrekes menneskers verdi, verdighet, rettigheter og at staten skal fremme sosiale fremskritt, bedre levevilkårene og gi barn mulighet til utvikling i samsvar med egne forutsetninger (Barne- og familiedepartementet, 2003, s. 5).

Barnevernets mandat er å sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp, beskyttelse og omsorg til rett tid, samt bidra til trygge oppvekstvilkår, jf. § 1-1 (barnevernloven, 1992). Et godt barnevern bygger på kunnskap om hva som virker, god omsorg og en utøvelse av godt skjønn. En viktig faktor er god kjennskap til barn og deres familier. Det vil danne grunnlag for å kunne fatte beslutninger som kan ivareta barnets beste, samt både barnets og familiens rettssikkerhet. Det påpekes at barn både skal oppleve å bli lyttet til, bli hørt og tatt på alvor. Barnevernet skal også utføre sitt arbeid i samarbeid med barn og foreldre som fremkommer av Grunnloven § 104, barnekonvensjon art.12 og barnevernloven § 1-6 og 6-3 (1992). Det er barnevernets ansvar å tale barnas sak, samt å tilrettelegge for at barn mottar nødvendig hjelp fra instanser som helsestasjon, barnehage, skole, men og i forbindelse med fritidsaktiviteter (Prop. 73 L (2016-2017), s. 38). Hensynet til barnets beste, som vi finner i både FN's barnekonvensjon og Grunnloven, er nedfelt i § 4-1 (barnevernloven, 1992).

Forhold som kan skade barns helse og utvikling, og hva som anses som nødvendig omsorg og hjelp er nedfelt i barnevernlovens kapittel fire. Loven pålegger barnevernet en plikt til å yte tjenester og tiltak når vilkårene i loven er tilstede. For å sikre at hjelpen gis til rett tid, opererer barnevernet etter gitte tidsfrister jf. § 6-9 (barnevernloven, 1992; Ofstad og Skar, 2015, s. 352). For å undersøke barns omsorgssituasjon kan barnevernet foreta en undersøkelse etter mottatt bekymringsmelding jf. § 4-3 (barnevernloven, 1992). Undersøkelsen bygger på at barnevernet må ha en grunn til å anta at barnets omsorgssituasjon kan medføre hjelpetiltak fra barneverntjenesten (Ofstad og Skar, 2015, s. 73). Gjennom tverrfaglig samarbeid med andre tjenester sikres et bredt kartleggingsgrunnlag i barnevernets arbeid med barn og deres familier (Helsetilsynet, 2019, s. 89).

Barnevernsreformen skal styrke barn og foreldres rettsikkerhet, brukermedvirkning, kommunens ansvar for forebygging, samarbeid mellom tjenester og at det utføres bedre barnevernfaglig arbeid (Prop. 133 L (2020-2021), s. 15-16). Tverrfagligsamarbeid er ofte en forutsetning for at barn og deres familier skal få nyttig hjelp og er et ledd i barnevernets ansvar for å ivareta barns interesser jf. § 1-1 (barnevernloven, 1992; KD, 2021, s. 40).

Samarbeid mellom instanser er nedfelt i endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) (2021). Der vises det til endringer vedrørende § 3-2 i barnevernloven (1992), der første ledd nå lyder «*Barneverntjenesten skal samarbeide med offentlige instanser og andre tjenesteytere dersom samarbeid er nødvendig for å gi*

barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud» (endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator), 2021).

2.3.2 Helsestasjonens juridiske regelverk

Arbeidet til ansatte på helsestasjonen følger barnekonvensjon (1991), folkehelseoven (2011), helse- og omsorgstjenesteloven (2011), helsepersonelloven (1999) og pasient og brukerrettighetsloven (1999). De må også forholde seg til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten av 2018, nasjonale faglige retningslinjer og endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) (2021).

I følge forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) § 1 skal tjenesten fremme både psykisk og fysisk helse, utjevne sosiale helseforskjeller, forebygge sykdom og skader, samt at den skal forebygge, avdekke og avverge omsorgssvikt, vold og overgrep og gode sosiale og miljømessige forhold. Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep er også nedtegnet i § 3-3 og § 3-3a i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Medvirkning er en rettighet jf. Grunnloven § 104, barnekonvensjonens art. 12 og i pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) (Helsedirektoratet, 2019, s. 29). For å kunne medvirke må barn og deres familier få tilstrekkelig og tilpasset informasjon om tjenestens tilbud og innhold, samt egne rettigheter jf. pasient og brukerrettighetsloven § 3-2 og 3-5 (1999). Barn skal involveres ut i fra alder, modenhet og uttrykksform. For de miste barna må fagfolk ha en bevissthet om dis uttrykksform for å sørge for at medvirkningen ivaretas (Helsedirektoratet, 2017, s. 11 og 15).

Ansatte på helsestasjonen har en sentral rolle i det forebyggende arbeidet og kan tidlig identifisere skjevutvikling og behov for langvarig og koordinerte tjenester hos barn, samt gi veiledning til foreldre. Da arbeidsoppgavene består av et bredt spekter av kartlegging og oppfølging (Helsedirektoratet, 2017, s. 22 og 26; Glavin og Erdal, 2018, s. 187).

Helsestasjonen er et lavterskeltilbud som skal finnes i alle kommuner og er en viktig del av det familiestøttende arbeidet. Godt utbygde helsestasjons- og skolehelsetjenester kan være med på å gi færre plasseringer av barn og unge på barnevernsinstitusjoner (Prop. 73 L (2016-2017), s. 59).

Helsestasjonsansatte skal ha fokus på foreldrene som kommer til konsultasjonene. Dette fremkommer av § 10a (helsepersonelloven, 1999) som gir helsepersonell mulighet til å avklare om pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlige skade eller alvorlig somatisk sykdom har barn som trenger informasjon eller oppfølging (0-24-samarbeidet, 2019, s. 37).

Helsestasjonsansattes plikt til å samarbeid og samhandle med andre er nedfelt i endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) av 2021. I helse og omsorgstjenesteloven § 3-4 står helsestasjonsansattes plikt til samarbeide med andre tjenester og dersom dette er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Gjennom overnevnte lov følger også endringer vedrørende §7-2a i helse og omsorgstjenesteloven om rett til barnekoordinator. Denne rettigheten gjelder for familier som venter eller har med barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som trenger langvarige koordinerte tjenester.

Ut i fra § 4 i forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten (2018) skal helsestasjonen både ha rutiner for og legge til rette for samarbeid med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester der dette er nødvendig (Prop. 100 L (2020-2021), s. 40). Det er et stort behov for samordning av tjenester mellom helsetjenester og barnevernet fordi barn som følges opp av barnevernet i langt større grad enn andre barn har psykiske lidelser og helseplager (Prop. 73 L (2016-2017), s. 64).

2.4 Forebyggende arbeid og tidlig innsats

I 1992 ble tidlig innstas nedfelt i lov om barnevernstjenester § 3-1 om barnevernets forebyggende virksomhet. Slik at barnevernet kan komme tidlig inn å forhindre at varige problemer oppstår gjennom å avdekke omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle vansker (Ofstad og Skar, 2015, s. 54-55). Fra 2000-tallet har flere regjeringer satt fokus på forebygging av vold, overgrep, barndomsbelastninger og traumer. Til denne studien har det vært nyttig å se til regjeringens arbeid inn mot barn, psykisk helse og rusforebygging. I 2019 kom Helsedirektoratets Nasjonale med en ny faglige retningslinje «Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge» (2019) som har vært relevant for denne studien. Relevans har også Helsedirektoratets Kunnskapsgrunnlag om identifisering av risiko hos barn (2018) og Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons -og skolehelsetjenesten (2017).

Samhandlingsreformen fra 2009 har også vært relevant, ut i fra dens hovedfokus på styrking av kommunale tjenester og fagområdene: Tidlig intervensjon, forebygging, folkehelse og lavterskeltilbud. Satsningsområdene beskrives som sektorovergrepene arbeid, hvor helhetsperspektivet vil komme både enkelt individ og samfunnsøkonomien til gode (St.meld. nr. 47 (2008-2009), s. 29, 68-69 og 130).

NOU 2009:22 om bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge er også en viktig kilde. Den kom på bakgrunn av at barn med sammensatte utfordringer kan ha behov for hjelp fra flere tjenester samtidig. Med en hovedmålsetning om at barn skal få helhetlig og koordinert hjelp til rett tid, på lavest mulig nivå. Ett av fokusområdene var organisering av tjenestetilbudet slik at barn og deres familier opplever «en dør inn», hvor en instans har koordineringsansvar, for å unngå ansvars fraskrivelse (NOU 2009:22, s. 3 og 9).

Mange av momentene fra St. meld 47 og NOU 2009:22 ligger til grunn for barnevernsreformen. I barnevernsreformen settes barnevernets arbeid inn i et bredere perspektiv og samarbeid på tvers av tjenester og profesjoner anses som avgjørende for å kunne tilby hjelp som virker på et tidlig stadium. Det trekkes frem at barn og foreldre er mer opptatt av å få riktig hjelp, enn hvilken tjeneste som gir hjelpen (Prop. 73 L (2016-2017) s. 7). Barn og deres familier er de beste på å vurdere om hjelpen som gis er nyttig og godt koordinert (Kaurstad et al., 2015, s. 7).

I tillegg til overnevnte kilder har: Rundskriv Q16/2013 (BLID et al., 2013), og «En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)» (BLID, 2017) vært relevant. I tillegg har Helsedirektoratet, Bufdir og NOVA flere pågående forskningsprosjekt som det har vært nyttig å se til.

2.5 Oppsummering

Kunnskapskildene gir et godt og bredt spekter av perspektiver knyttet opp mot rammene rundt tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernet. Flere av de nyere kunnskapskildene bygger på de eldre. Det har gitt muligheter for å undersøke primærkilder og samtidig få oppdatert forskning som har vært nyttig for å kunne belyse og besvare problemstillingen.

3. Teoridel

I denne delen presenteres teoretiske perspektiver som bidrar til å forklare analysen og drøftingen senere i studien. Delkapittel 1 presenterer et rammeverk med faktorer som påvirker tverrfaglig samarbeid. Delkapittel 2 omhandler de juridiske rammer som virker inn på tverrfaglig samarbeid. Delkapittel 3 presenterer teoretiske perspektiver for å belyse forebygging og kompleksitet, for å gi en forståelsesramme rundt de barna og familiene helsestasjonen og barnevernet samarbeider om. Siste del kapittel er en oppsummering.

3.1 Tverrfaglig samarbeid

3.1.1 Hva er et tverrfaglig samarbeid ?

Begrepene tverrprofesjonelt, tverretattlig, tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid brukes om hverandre, men begrepet tverrfaglig samarbeid kan benyttes som en samlebetegnelse. Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsmetode, hvor flere fagfolk og profesjoner arbeider sammen tvers av mandat og profesjon for å nå felles mål (Glavin og Erdal, 2018, s. 24).

I et tverrfaglig samarbeid har fagfolkene ulike faglige perspektiver med seg for å betrakte, forklare og forstå virkeligheten. Det er ikke et mål i tverrfaglig samarbeid, at profesjoner skal bli like, men at fagfolkene og profesjoner blir synlige ovenfor hverandre og utfylle hverandre (Glavin og Erdal, 2018, s. 27-28). I et tverrfaglig samarbeid kan det jobbes frem hvordan man kan forstå ulik problematikk, og hva som kan gjøres med den (Fauske, Lichtwarck, Bennin, og Buer, 2019, s. 193).

I denne studien handler det tverrfaglige samarbeidet mellom helsestasjonen og barnevernet om samarbeid både på individ- og systemnivå. Samarbeid på individnivå omhandler de operative arbeidsoppgavene kontaktpersonene har rundt enkelte barn og deres familier (0-24-samarbeidet, 2019, s. 35). Samarbeid på systemnivå er hvordan tjenestene tilrettelegger for og muliggjør tverrfaglig samarbeid mellom instansene. I Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten foreslås det at tjenestene bør samarbeide om å ha:

- rutiner for at helsestasjonen kan kontakte og drøfte anonymt, samt få veiledning fra barnevernet,
- rutiner som sørge for at barn kan fanges tidlig opp og få hjelp av barnevernet,

- rutiner på felles kompetanseheving på tema som anses relevant for begge tjenestene,
- rutiner og samarbeid for å sikre en felles forståelse tjenestenes mandat og roller

(Helsedirektoratet, 2017, s. 23).

3.1.2 Hva påvirker et tverrfaglig samarbeid?

I et tverrfaglig samarbeid kan det være flere målsetninger. En målsetning kan være å gi helhetlig tjenester til barn og familier, en annen å styrke samhandlingen mellom tjenester. Et tredje mål kan være økt kompetanse og kunnskapsnivå hos fagfolk, for å bedre kvaliteten på hjelpen (Glavin og Erdal, 2018, s. 22-23). Det kreves innstas fra ulike hold for å kunne utviklet et godt tverrfaglig samarbeid (Forskningsrådet, 2021, s. 77).

Modellen «conceptual framework for interprofessional teamwork» er et begrepsmessig rammeverk, konkretisert til fire områder som på ulike måter påvirker det tverrfaglige samarbeid. De fire områdene er relasjonelle-, prosessuelle-, organisatoriske-, og kontekstuelle faktorer. Modellen viser at det i tverrfaglig samarbeid er et mangfold av elementer som kan påvirke hverandre i ulik retning. Både ledere og fagfolk bør inneha en bevissthet om at alle faktorene på ulike måter både kan fremme og/eller hemme tverrfaglig samarbeid (Reeves, Lewin, Espen og Zwarenstein, 2010, s. 57-58; Willumsen et al., 2017, s. 22; Fauske et al., 2019, s. 187). Interprofessional teamwork kan oversettes med tverrprofesjonelt samarbeid. Begrepet viser til at flere profesjoner arbeider tett sammen, men at de har ulikt utgangspunkt, ulike roller og mandat, både faglig og innad i samarbeidet (Willumsen, 2017, s. 39).

Modellen settes opp mot et underliggende premiss om at tverrfaglig samarbeid er ønskelig, nyttig og foregår i en lineær prosess, hvor konflikter mellom tjenester og profesjonsmakt nedtones og hindringer kan overvinnes gjennom strukturert arbeid (Bakketeig et al., 2019, s. 200; FAFO, 2020, s. 96).

Relasjonelle faktorer:

I ett tverrfaglig samarbeid møtes individer med ulik profesjonstilhørighet, de inntar ulike roller og det oppstår mellommenneskelige prosesser dem imellom. Teamets sammensetning, grupped medlemmene syn på egen og andres rolle, profesjonell makt, definisjonsmakt og hierarki mellom faggrupper spiller inn på arbeidet som utføres. Gjennom relasjonelle faktorer

kan påvirkningen av synlige og underliggende maktforhold belyses (Reeves et. al., 2010, 59-65).

Relasjonelle faktorer handler om fagfolks emosjoner og kommunikasjon, både verbal og non-verbal, samt positiv og negativ omtale og at dette kan gi utslag i de mellommenneskelige prosessene. Relasjonelle faktorer handler og om anerkjennelse, trygghet, respekt, tillit, kommunikasjon og samarbeidskompetanse. Anerkjennelse er å betrakte andre deltakere og profesjoner som likeverdige og se verdien av ulik kompetanse og bidrag inn i samarbeidet. Trygghet kan innebære flere momenter som trygghet i egen rolle, i gruppa og i eget fag. Trygghet kan gi seg utslag i samarbeidsklima. Fremsnakking av andre deltakere, tjenester og profesjoner er en del av samhandlingskulturen og samarbeidsklimaet (FAFO, 2020, s. 99; Lone, Værnor, Brochmann, Stenstadvold og Holte, 2019, s. 36). Tillit oppnås gjennom åpenhet, respekt, redelighet og samsvar mellom nonverbal og verbal kommunikasjon. Tillit er å ha tiltro til at andre kan bidra inn i samarbeidet og at dette er gjensidig.

Samarbeidskompetanse handler om evne til å samarbeide, være fleksibel, brukerorientert, inneha en helhetsforståelse, problemløsningsevne og omstillingsevne. Samarbeidskompetanse må sidestilles med fagkompetanse og utvikles på lik linje. Samarbeidskompetanse er viktig både hos ledelsen og fagfolkene som deltar i samarbeidet (Glavin og Erdal, 2018, s. 15, 38 og 44).

Relasjonelle faktorer omhandler også kunnskap om andre sektorer, vilje til å ta eierskap for samhandlingen, kreativitet, motivasjon, avklaring av roller og forventinger til samarbeidet. (Rathe, Andersson, og Holbæk-Hanssen, 2018, s. 6; Ødegård, 2017, s.121). Profesjonell makt handler om at profesjoner har ulik grad av definisjonsmakt ut i fra status. Der enkelte fagfolk, tjenester eller profesjoner anses som premissleverandør for samarbeidet, forståelsen av problemet eller hvilke hjelpebehov som foreligger (Ødegård, 2017, s. 122).

Veien til nye erfaringer og økt kunnskap bygger på fagfolkene vilje og evne til å ta andres perspektiv for å utvikle felles verdier og holdninger. Settes barn og familiers behov i fokus kommer profesjonsinteressen i bakgrunn for så å øke behovet for god samarbeidskompetanse (Glavin og Erdal, 2018, s. 38). Samarbeid om felles hjelp til barn og deres familier kan oppleves som nyttig når det er gjensidig tillit i relasjoner, læring om tjenesters mandat og oppgaver, og faglig utveksling (Bakketeig et al., 2019, s. 203). Slik kan en robust samhandlingskultur dannes innad i det tverrfaglige samarbeidet, et viktig moment i samhandlingen rundt sårbare barn og deres familier (Lone et al., 2019, s. 13). Det er viktig at

det foretas en avklaring av den enkeltes rolle og formelle ansvar i tverrfaglig samarbeid. Det er også viktig at den enkelte fagperson formidler hva den kan eller ikke kan bidra med i form av kompetanse (Killén, 2019, s. 238-239).

Hindringer på dette området kan være:

- fagfolkene forventer at tverrfaglig samarbeid bygger på en problemfri og ukomplisert virkelighet,
- samarbeidet anses kun som nyttig når det medfører fortjeneste for en selv,
- følgene av uenighet dempes for å unngå følger for tjenestene sin egen praksis,
- ansvaret for velfungerende samarbeid legges over på de andre deltakerne, mens en selv har liten vilje til selvkritikk eller vegring mot å ta ansvar,
- fagfolkene innehar lite kunnskap om hverandre, hva andre kan bidra med og hvilken kompetanse de andre deltakerne besitter,
- det er uklare roller og ansvarfordeling,
- manglende samarbeids- og relasjonellkompetanse og kapasitet,
- maktubalanse, konflikter mellom fagområdene og ulike problemforståelse mellom fagfolkene,
- konflikter mellom fagfolk kan påvirke samarbeidskulturen negativt.

Slike hindringer bør derfor være avklart i forkant av et tverrfaglig samarbeid (Glavin og Erdal, 2018, s. 33-34; Fauske et al., 2019, s. 187; FAFO, 2020, s. 10; Lone et al., 2019, s. 36).

Gjennom relasjonelle faktorer tydeliggjøres den enkelte deltaker sine verdier, holdninger, personlighet, kunnskap og kompetanse som en viktig del av helheten. Ansatte i både barnevernet og på helsetasjonen jobber relasjonelt ovenfor brukerne, og evne til å samarbeide er en del av dette. Gruppedynamikk, rollesammensetning, faglig forståelse, samt motivasjon for endring og nytenking, og hvordan dette påvirker et samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernet er viktig for ledere og fagfolk å ha en bevissthet om. At fagfolk og tjenester sin logikk bygger på motstridene synspunkt bør ses på som en berikelse som kan gjøre vurderinger og beslutninger mer solide og gjennomarbeidet (Helsetilsynet, 2019, s. 112). Deltakelse i tverrfaglig samarbeid kan medføre en utvidet forståelse, kompetanse og kunnskapsnivå (Glavin og Erdal, 2018, s. 22).

Profesjonell makt og definisjons makt kan fremtre ved dilemmaer og konflikter mellom de samarbeidene tjenestene og fagfolkene. Fagfolk fra helsestasjonen og barnevernet skal både

hjelpe og kontrollere, noe som kan gi dilemmar i arbeidet med barn og deres familier opp mot lovpålagte arbeidsoppgaver og tverrfaglig samarbeid. Kjennskap til hverandre kan bidra å gi riktig informasjon til barn og familier, samt at tjenestene kan gjøre hverandre gode (Bakketeig et al., 2019, s.199 og 205). Dette er også viktig i de tilfeller hvor det oppstår konflikt mellom foreldre og helsestasjon eller mellom foreldre og barnevernet. Der kan transparente prosesser og informasjon gi forståelse for hva bakgrunnen til konflikt og involverte tjenestene kan bli brobygger mellom partene (Helsetilynet, 2019, s. 112).

Prosessuelle faktorer

Prosessuelle faktorer omhandler hvordan ressurser, tidsbruk, rutiner, informasjonsteknologi (IKT) og kompleksitet påvirker arbeidet.

Eksempler på tidsbruk er; tid til å bli kjent og tid til å arbeide med oppgaver knyttet til selve samarbeidet. Rutiner kan hjelpe fagfolk å holde fokus på samhandlings prosedyrer og oppgaver, men fagfolkene må være oppmerksomme på om de gjør rutiner for rutines skyld eller om den bidrar til gode samhandlingsprosesser. IKT-systemer kan på den ene siden medføre digitalsamhandling som kan effektivisere tjenester gjennom innovasjon, nytenkning og gi nye muligheter for samarbeid med barn, familier og mellom tjenester (Kaurstad et al., 2015, s. 6). På den andre siden kan tjenestene ha ulike IKT-systemer som ikke samhandler som gir ytterligere barriere i samarbeidet. Kompleksitet i saker det samhandles om kan påvirke tverrfaglig samarbeid ut fra sakens omfang, men også ut i fra helhetsperspektivet som legges til grunn for arbeidet (Reeves et. al., 2010, s. 57-58 og 66-69).

Systemer, strukturer, rutiner og en tydelig rød tråd i arbeidet påvirker samhandlingen i tverrfaglig samarbeid. Systemiske og strukturelle forhold kan gi utfordringer, mens økt felles forståelse, helhetstankegangen, mer strukturert og formalisert samarbeid kan gi et større utbytte (Lone, et al., 2019, s. 8 og 21).

Fagfolk bør møtes på felles arenaer for å best mulig anerkjenne verdien av forskjellighet for å kunne oppnå felles problemforståelse. Fagfolk må også erfare at det å samarbeide kan gi bedre løsninger og en større verdi som tjenestene ikke kan oppnå på egen hånd. Det er viktig at både teoretisk forståelse og praktisk kompetanse økes, for at tverrfaglig samarbeid skal fungere godt, men at dette alene ikke er tilstrekkelige betingelser for et godt samarbeid (FAFO, 2020, s. 12). Felles opplæring, felles faglig kunnskap, kunnskap om tjenestene og fagfolkene sin kompetanse er faktorer som virker inn på tverrfaglig samarbeid innen dette

området. I tillegg til klar ansvarsfordeling, felles problemforståelse og målsetning (Glavin og Erdal, 2018, s. 33 og 40-41).

Teorier og modeller for tverrfaglig samarbeid konsentrerer seg ofte om aktørene og tjenestene, men det er også nyttig å undersøke kompleksiteten i sakene det skal samarbeids om, og hvordan dette igjen påvirker samarbeidet (Fauske et al., 2019, s.188). Barn og familier som har kontakt med barnevernet kan befinne seg i en sårbar livssituasjon med flere utfordringer. Barnevernet innhenter opplysninger fra andre tjenester om barn og familiers fungering, og vurderer den totale livssituasjonen til barnet opp mot grad av risiko. De årsaksforklaringer som ligger til grunn for vurderingen, kan være sammensatte og komplekse problemer (Clifford, Fauske, Lichtwarck og Marthinsen, 2015, s. 33).

Hindringer for godt tverrfaglig samarbeid på dette området kan være:

- rutiner for informasjons deling,
- manglende felles IKT- og journalsystemer,
- mangler og uklarheter knyttet til taushetsplikt og meldeplikt til barnevernet,
- tjenestene har ulike ansvarsområde,
- manglende oppmerksomhet om helhetlige behov,
- lite kjennskap til de ulike yrkesgruppernes rammevilkår, regelverk og lovverk,
- ressursknapphet kan medføre at tjenestene har fokus på hvordan de avgrensene sine oppgaver og ansvarsområde og dermed skyver oppgaver over på de andre tjenestene

(FAFO, 2020, s. 10 og 91; Heltne og Steinsvåg, 2019, s. 238-239; Rathe et al., 2018, s. 6 og 41).

Prosessuellefaktorer påvirker det tverrfaglige samarbeidet mellom helsestasjonen og barnevernet både på system og individnivå. På systemnivå er det viktig å avklare rutiner for samhandling og informasjonsarbeid. I styrende dokumenter fremkommer i liten grad når tjenester skal samarbeide og hvordan dette skal foregå. Dette sett i sammenheng med lovpålagte oppgaver, kan gi dilemmaer i et tverrfaglige samarbeidet (Bakketeig, 2019, s. 200). Utfordringer i tverrfaglig samarbeid handler om å få samarbeidet til å fungere på systemnivå og at det må settes av tid til å prioritere systemarbeid for å dette til. Systemarbeidet bør bygge på formaliserte rutiner og samarbeidsarenaer, systematisk tilrettelegging for felles kompetanseheving og bruk av denne, samt bedre kunnskap, oversikt og kjennskap til fagfolkene som arbeider i de ulike tjenestene (Lone et al., 2019, s. 8-9).

På individnivå kan det å enes om felles problemforståelse være viktig for å finne ut av kompleksiteten og helhetsperspektivet i saken det samarbeids om. I barnevernet sitt arbeid med å avdekke bekymring rundt barn, er andre tjenester og sektorer viktige bidragsyttere. Nyere forskning har påpekt at slikt arbeid kan bære preg av å være tilfeldig og uformelt (Helsetilsynet, 2019, s. 6). Barnevernet kan fremstå som lukket og vanskelig å samarbeide med ved at det i forliten grad utveksles nødvendig informasjon. Det kan medføre at flere tjenester kan være involvert i et barn og families liv uten at de har kjennskap til hverandres tilbud og tiltak (Prop. 73 L (2016-2017), s. 28). Taushetsplikten, samtykke og praktisering av dette fremkommer når barnevernet er med i tverrfaglige samarbeid og andre tjenester uttrykker behov for innsikt i barnevernets arbeidsoppgaver og vurderinger sett opp mot taushetsplikt og samtykk (Lone et al., 2019, s. 20-21). Det kan oppstå dilemma hvis en av partene i en barnevernssak ikke samtykker til samarbeid med andre tjenester. Det er usikkert om det er regelverket eller forståelsen av regelverket som gir utfordringer for tverrfaglig samarbeid (0-24-samarbeidet, 2019, s. 17).

Organisatoriske faktorer

Organisatoriske faktorer handler om ledelse og mål. Eksempelvis hvilken støtte og anerkjennelse arbeidet har innad i tjenesten, om arbeidsmetoden ses på som en mulighet til å øke tjenestens kvalitet og hvordan arbeidsmetoden implementeres i tjenesten (Reeves et al., 2010, s. 57-58 og 70).

Lederforankring ses på som en nøkkelfaktor, da ledere har muligheter til å påvirke prioriteringen og betydningen av samarbeidet. Samt at de har mulighet til å bruke tid og ressurser på å inngå i samarbeid. Det er leders ansvar å sørge for at fagfolkene har riktig og tilstrekkelig kompetanse slik at de kan utføre arbeidsoppgavene, eksempelvis kunnskap om tegn og symptomer på omsorgssvikt, vold og overgrep og hvilke rutiner som er for å melde bekymring til barnevernet (Helsedirektoratet, 2017, s. 4; 0-24-samarbeidet, 2019, s. 37). Samt å følge opp at rutiner og retningslinjer etterfølges og tilrettelegge for kompetanseheving, samarbeidskultur og et sunt samarbeidsklima. Leders fokus på struktur og samarbeid kan gi fagfolk opplevelse av felles retning og målsetning, og felles forståelse for utfordringer som foreligger (Lone et al., 2019, s. 41; Helsedirektoratet, 2017, s. 7). Organisasjonskultur og ledelse kan beskrives som to sider av samme sak, og leders evne til å skape kultur er viktig for å oppnå resultater (Glavin og Erdal, 2018, s. 34 og 42; FAFO, 2020, s. 12). Tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode må ha forankring i toppledelsen og være et sektorovergripende

mål i kommunens strategi og plandokumenter. Fokus må rettes på en robust organisasjons- og samhandlingskultur, med felles verdier blant ledelse og fagfolk, noe som krever et kontinuerlig holdningsskapende arbeid (Kaurstad et al., 2015, s. 6, FAFO, 2020, s. 96).

Kunnskap om samarbeid, rolle- og ansvarsfordeling, faste møtepunkter og organisering av fellesmøter er viktige virkemidler for å bedre samarbeidet (Heltne og Steinsvåg, 2019, s. 239). Kjennskap til andre tjenester og fagfolkene som hører til kan gi mer systematisk samarbeid rundt ulike arbeidsformer, metodikk og faglig forståelse. På den annen side kan lite kjennskap medføre at samarbeidet blir personavhengig og tilfeldig (Lone et al., 2019, s. 20). I følge IPSOS rapporten (2018) oppgav flere sektorer at egen tjeneste er åpen for, igangsetter og etterspør tverrfaglig samarbeid, men at andre tjenester nedprioritere dette (Rathe et al., 2018, s. 4).

Hindringer i denne sammenheng kan være:

- preges tverrfagligsamarbeid av manglende koordinering og styring, kan det føre til ulikheter i kvaliteten på samarbeidet,
- hvis premissene for samarbeidet lages av andre enn de skal utøve arbeidet, kan samarbeidet oppleves som lite hensiktsmessig,
- utfordringer knyttet til å finne organisatoriske løsninger mellom tjenester/sektorer for å arbeid tverrfaglig,
- rutiner er ikke tilstrekkelig kjent
- fagfolkene erkjenner ikke viktigheten av samarbeidet

(Glavin og Erdal, 2018, s. 26; Kaurstad et al., 2015, s. 6; Lone et. al., 2019, s. 38).

Organisatoriske faktorer påvirker samarbeidet mellom helsestasjon og barnevernet på ulike måter. Lovpålagte oppgaver kan ha høyere prioritet enn de ikke lovpålagte, og gi utslag i ulik prioritering av tverrfaglige samarbeid med tilhørende oppgaver blant både fagfolkene og lederne i de ulike tjenestene. Ulik prioritering av implementering av tverrfaglig samarbeid som metode og arbeidsprosess kan også påvirke samarbeidet. Økt kjennskap til tjenesters mandat og arbeidsoppgaver, samtidig som initiativ til mer samarbeid spres mellom tjenester kan redusere usikkerhet rundt tjenestene sine grenseflater (Rathe et al., 2018, s. 6).

Helsestasjonen og barnevernet kan være organisert i ulike eller sammen sektorer ut i fra kommunenes organisering av tjenester, dette kan påvirke tjenestens budsjett. Det vil være viktig at kommune prioritere budsjett som muliggjør tverrfaglig samarbeid (Kaurstad et al., 2015, s. 102).

Kontekstuelle faktorer

Kontekstuelle faktorer handler om det sosiale, politiske og økonomiske landskapet som det tverrfaglige arbeidet foregår i. Eksempelvis kultur, mangfold, kjønn, økonomi (Reeves et al., 2010, s. 57-58).

Politikken i dag har fokus på samordning av tjenester og helhetlig innsats ovenfor barn og foreldre utført på kommunalt nivå. Samtidig preges kommunene av sektor inndeling. Hvor hver sektor har sin logikk, som igjen preger forståelse av utfordringer, ansvarsforhold og hva sektoren anser som relevante tilnærminger og tiltak (FAFO, 2020, s. 12-13). Dette kan ses i sammenheng med om det er politisk vilje til å satse på tverrfaglig samarbeid, om det settes av økonomiske midler eller tilrettelegges for denne arbeidsmetoden gjennom budsjett og visjoner. Kulturelle faktorer handler både om kultur i samfunnet og innad i organisasjonen. Mangfold handler om inkludering og sammensetning av fagfolk og grupper, og at dette ses på som en berikelse innad i tjenestene (Reeves et. al., 2010, s. 72-76).

Hindringer på dette området kan være:

- økonomiske ressurser,
- hvis ansvar skyves mellom tjenester, kan det oppstå utfordringer som igjen kan føre medføre at informasjon glipper og at ingen tar ansvar for helheten eller koordinering,
- ved ansvarsfraskrivelse kan en konsekvens bli at barn og deres foreldres hjelpebehov ikke oppdages tidlig nok, slik at rett hjelpetiltak ikke iverksettes,
- sektorbaserte resultatmålinger kan gi barrierer da den enkelte sektor kan være opptatt av at tjenester skal utøves mest mulig effektivt,

(FAFO, 2020, s. 12-13).

Kontekstuelle faktorer gjenspeiler hvordan politikk, vitenskapelige og teoretiske trender og samfunnsstrukturer påvirker tverrfaglig samarbeid på et overordnet nivå. Nyere barnevernfaglige forskningsrapporter, tilsynsrapporter og politiske føringer har fokus på at kommunenes tjenester skal arbeide sammen for å forebygge vold, overgrep, traumer og barndomsbelastninger. Kommunen skal gi barn og familier med sammensatte vansker helhetlig og koordinert hjelp. Dette for å unngå blindsoner og ansvarsfraskrivelse i tverrfaglig samarbeid rundt barn og familier. Blindsoner finnes både på tjeneste- og forvaltningsnivå, i utdanninger og innen forskning (Forskningsrådet, 2021, s. 6). Økonomiske ressurser kan begrense tjenester sitt fokus område, da primær oppgavene anses som viktigst og der midlene

må benyttes (FAFO, 2020, s. 69). Juridiske rammer og lovverk støtter opp om både forskning og politikk, men vektlegger også menneskerettigheter og økt fokus på barn og foreldres rettsikkerhet.

Avslutningsvis kan det se ut til at det i velfungerende tverrfaglig samarbeid kan dannes kunnskap og refleksjoner som gir bedre forståelsen av barn og familiens behov og hvilke prioriteringer og beslutninger som tas. Gjennom refleksjoner og diskusjoner åpnes muligheter for å oppdage nye arbeidsformer, løsninger og tiltak som tidligere ikke var synlig. Dette oppnås ved at fagfolk og tjenester integrere hverandres kunnskap som igjen skaper ny viten, kalt merviten, en ny form for kunnskap og forståelse som de ikke kunne oppnå hver for seg (Willumsen, 2017, s. 39). I motsatt fall kan tverrfaglige samarbeid som ikke fungerer preges av barrierer og fremstå som ustrukturert, tilfeldig og avhengig av enkeltpersoner (Lone et al., 2019, s. 38). Flere tilsynsrapporter, NOU:er og nyere forskning viser til at juridiske rammer kan medføre barriere i tverrfaglig samarbeid.

3.2 Juridiske rammer for tverrfaglig samarbeid

Juridiske rammer og regler påvirker og regulerer det tverrfaglige samarbeidet mellom helsestasjonen og barnevernet. I tillegg regulerer regelverket særskilte ansvarsområdet for hver av tjenestene. Ansatte i barnevernet og på helsestasjonen må forholde seg til både sammenfallende og ulike juridiske rammer (0-24-samarbeidet, 2019, s. 4 og 17).

3.2.1 Barns rettigheter

Barnekonvensjonen legger til grunn at barn anses som selvstendige rettssubjekter med egne rettigheter og krav til beskyttelse. Den skal sikre alle barn grunnleggende rettigheter og gå foran annen norsk lov, som følge av menneskerettighetsloven § 3, jf. § 2 (menneskerettighetsloven, 1999; Stang og Sveaass, 2016, s. 37;). Barnekonvensjonens artikkel 3 handler om hensynet til barnets beste og at dette skal gjelde alle hensyn som berører barn. I artikkel nr. 6 står det at myndighetene skal sikre barn rett til optimal utvikling. Artikkel nr. 12 handler om barns rett til å bli hørt og at dets synspunkt skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet. Artikkel 19 fordrer at det skal foreligge sosiale- og opplæringsmessige, lovmessige og administrative tiltak for å beskytte barn mot skade, vold, mishandling, vanskjøtsel og seksuelt misbruk. Artikkel nr. 24 omhandler barns rett til

helsehjelp (barnekonvensjon, 2004, s. 9, 13, 16 og 19). Grunnlovens § 104 omhandler barns rett på respekt for sitt menneskeverd, rett til å bli hørt og at deres mening skal tillegges vekt ut i fra alder og modenhet.

Barns rett til medvirkning er nedfelt i § 1-6 (barnevernloven, 1992). Den sier at alle barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal få medvirke. Videre fremkommer det av § 6-3 særregler for barn fylt 7 og 15 år. Ut i fra barnets alder og modenhet, skal også barnets mening tillegges vekt i avgjørelser og samarbeide med barn og foreldre § 1-7 (Prop. 133 L (2020-2021), s. 85 og 105).

Barn har rett på nødvendig helsehjelp og helsekontroller i den kommune der barnet bor/midlertidig oppholder seg som følge av § 6-1 (pasient og brukerrettighetsloven, 1999). Helsedirektoratet har utarbeidet et standardiserte helsestasjonsprogram som går fra fødsel til skolestart, og som skal bidra til at kommunen gir forsvarlige helsefremmede og forbyggende tilbud. Dette programmet er ment som et ledd i det å oppfylle kravene som foreligger i §1 i forskriften om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) og § 4-1i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) (Helsedirektoratet, 2017, s. 87-88).

3.2.2 Taushetsplikten

Ansatte i barnevernet og på helsestasjonen må forholde seg til taushetsplikten, men reglene er ulike. Det kan gi forskjeller i hvilke opplysninger som kan deles i et samarbeidet mellom tjenestene (0-24-samarbeidet, 2019, s. 26). Taushetsplikten reguleres av forvaltningsloven § 13, med det finnes også en del unntak jf. § 13a-13f (forvaltningsloven, 1967).

Ansatte i barnevernet må følge særreglene i barnevernloven § 6-7, 2.-4. ledd (barnevernloven, 1992). Barnevernloven gir både strengere taushetsplikt og mindre adgang til å gi opplysninger til andre forvaltningsorgan enn de alminnelige reglene som følger av forvaltningsloven (Prop. 133 L (2020-2021), s. 407). Unntakene fra taushetsplikten omhandler barnevernets mulighet til å gi opplysninger til andre forvaltningsorgan for å fremme barnevernets oppgaver eller forebygge fare for liv eller helse, jf. § 6-7 tredje ledd (barnevernloven, 1992). Barnevernet kan uten hinder av taushetsplikten, gi nødvendige opplysninger om et barn som mottar tjenester fra barnevernet til for eksempel helsestasjonen. Barnevernets oppgaver kan således fremmes gjennom tverrfaglig samarbeid; når barnevernet formidler nødvendige opplysninger

kan samarbeidspartnere få gode muligheter til å kunne følge opp barn og deres familier, som igjen kan motta et samordnet helhetlig tjeneste tilbud (Prop. 133 L (2020-2021), s. 416-417).

Ansatte på helsestasjonen har taushetsplikt som følge av helsepersonelloven (1999). I § 21 er hovedreglene og unntakene finnes i § 22 og § 23 (helsepersonelloven, 1999). I følge unntakene kan helsepersonell bl.a. formidle opplysninger. Unntakene medfører at det må foretas vurderinger før opplysninger videreformidles og omfatter i hovedsak fare for liv og helse (Prop. 73 L (2016-2017), s. 139). Taushetsplikten regulerer enkelte individs integritet og personvern og tillitsforholdet mellom individ og det offentlig forvaltning (Prop. 133 L (2020-2021), s. 414). Det kan være motstridene interesser mellom enkelt individets og offentlig forvaltnings behov ved samarbeid mellom instanser. Men taushetsplikten skal ikke være til hinder for at det opprettes generelt samarbeid mellom tjenester eller at saker drøftes anonymt (0-24-samarbeidet, 2019, s. 46). At tjenestene har god kjennskap til regelverket om opplysningsplikt og taushetsplikt anses å være en forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid (Prop. 100 L (2020-2021), s. 34).

Taushetsplikten kan oppleves som et hinder for tverrfaglig samarbeid, da ulikt regel- og lovverk påvirker hvilke opplysninger som kan deles (Rathe et al., 2018, s. 41). Foreligger kunnskap om bestemmelsene som gjelder de ulike tjeneste, trenger ikke taushetsplikt å være et hinder da tjenestene kan håndtere deling av opplysninger på en gitt måte. Et unntak fra taushetsplikten er at brukerne samtykker til at tjenesten kan utveksle informasjon så langt samtykke gjelder. Dette finner vi i § 22 i helsepersonelloven (1999) og i §13 i forvaltningsloven (1967). Det kan være grunn til å oppheve taushetsplikt hvis tjenester blir pålagt å gi opplysninger til barnevernet (Glavin og Erdal, 2018, s. 47 og 49; 0-24-samarbeidet, 2019, s. 44 og 46). En annen måte å oppheve taushetsplikten på er å ta i bruk samarbeidsavtaler, dette kan øke bruker medvirkning, rutiner og systematikken i samarbeidet. Men samarbeidsavtaler vil i seg selv ikke medfører et godt tverrfaglig samarbeid (Rathe et al., 2018, s. 6 og 42).

I tverrfaglig samarbeid skal barnevernet være en pådriver, når dette anses nødvendig, særlig når barnevernet har overtatt omsorgen for barnet. Barnevernet kan om nødvendig videre formidle opplysninger til andre tjenester for å fremme barnevernets oppgaver og sikre barnets helhetlig og samordnet tjenestetilbud, jf. § 6-7 (barnevernloven, 1992) (Prop. 106 L (2012-2013), s. 34).

Dette må ses i sammenheng med endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) (2021) og at tjenester skal samarbeide når det nødvendig for at barn og deres familier skal få et nødvendig og helhetlig samordnet hjelpetilbud.

3.2.3 Opplysningsplikt og meldeplikt

Regelverket om opplysningsplikt og avvergeplikt skal være godt kjent blant ansatte i offentlige tjenester (BLD, 2017, s. 19). Alle har plikt å forhindre straffbare handlinger, jf. straffeloven § 196. I følge helsepersonelloven § 31 skal helsepersonell varsle politi hvis det er nødvendig å avverge alvorlig skade på person. Helsepersonell skal være særlig oppmerksom på straffbare forhold som kan knyttes til opplysningsplikten til barnevernet (Helsedirektoratet, 2017, s. 42).

Barnevernet har opplysningsplikt til kommunens helse- og omsorgstjeneste, dersom det er mistanke om misbruk av rusmidler under graviditeten og det er fare for at barnet kan bli født med skade jf. §10-3 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) (Prop. 133 L (2020-2021), s. 408). Utenom dette har barnevernet i liten grad plikt til å gi opplysninger til andre tjenester, foruten å gi tilbakemelding til melder jf. § 6-7a i barnevernloven (1992) (Ofstad og Skar, 2015, s. 330-332).

Opplysningsplikten til barnevernet omhandler fagfolk sin plikt til å gi opplysninger uten hinder av taushetsplikt. Plikten gjelder for alle som utfører oppgaver for stat, fylkeskommune eller kommune og følger direkte av § 6-4 i barnevernloven (1992) (0-24-samarbeidet, 2019, s. 48; Prop. 133 L (2020-2021), s. 409). Helsepersonell har ikke opplysningsplikt til barnevernet om det foreligger mistanke om en gravid kvinne misbruker rusmidler i et slikt omfang at barnet kan bli født med skade, opplysningsplikten gjelder kun for barn som er født (Prop. 73 L (2016-2017), s. 139).

Gjennom opplysningsplikten kan barnevernet få opplysninger om barn i vanskelige livssituasjoner. Ut i fra fagfolks vurdering av forholdene rundt et barn, som gir grunn til å tro at barn utsette for vold, mishandling, overgrep, omsorgssvikt eller at barnet har alvorlig vedvarende atferdsvansker. I paragrafens første ledd fremkommer det at opplysningene primært skal innhentes i samråd men den saken gjelder (Ofstad og Skar, 2015, s. 330-331).

Barnevernet må ha tilstrekkelig tillit i befolkningen, slik at de blir kontaktet når noen er bekymret (Prop. 106 L (2012-2013), s. 25). Det er de utsatte og sårbare barna som har størst

behov for at noen melder ifra hvis det er grunn til å tro at barnevernet kan bidra med hjelp (Prop. 133 L (2020-2021), s. 122).

Ansatte på helsestasjonen skal ifølge § 33 (helsepersonelloven, 1992) være oppmerksomme på forhold rundt barn som kan utløse meldeplikten eller medføre behov for hjelpetiltak fra barnevernet. Politiske føringer har fokus på at fagfolk skal inneha kompetanse på tidlig innstas, det å forstå tegn og symptomer og risiko- og beskyttelsesfaktorer for å kunne oppdage utsatte barn tidlig (Mathiesen og Skoland, 2016, s. 11; Helsedirektoratet, 2018, s. 3; Helsedirektoratet, 2019, s. 3-5).

Opplysningsplikten går foran taushetsplikten, og ansatte har en selvstendig plikt til å melde bekymring, selv om barnets situasjon var mindre alvorlig enn antatt. Det skal være en lav terskel for å melde til barnevernet og kreves ikke sikker kunnskap om forholden som utløser bekymring, men mer enn en vag mistanke. Bekymringsmeldingen som sendes skal være basert på en helhetsvurdering (Helsedirektoratet, 2017, s. 38-40).

Ohnstad, Sønderskov og Ødegaard (2021) hevder at terskelen for å melde til barnevernet skal være høy og ikke lav. Melder skal ha grunn til å tro at omsorgen svikter på så alvorlig grunnlag at barnevernet kan gripe inn med omsorgsovertakelse eller andre inngrep slik at meldeplikten utløses. Bekymringsmeldingene som sendes skal inneholde skjønnsutøvelse. Fagfolk kan bare i særskilte alvorlige situasjoner sende melding til barnevernet uten å følge reglene for frivillighet, medvirkning og samtykke og ikke sende bekymringsmeldinger til barnevernet kun av rutine. Forfatterne poengterer at mistolkinger og misforståelser knyttet til de juridiske rammene for meldeplikten kan føre til at mange familier urettmessig utsettes for store belastninger. Da foreldre som har hatt undersøkelsessak i barnevernet har uttrykt at dette kan oppleves som stigmatiserende har følt på uro, skam og frykt (Ohnstad et al., 2021, s. 33-34). På den annen side kan redsel for å bryte taushetsplikten, komplisert regelverk og vanskelige vurderinger om vilkårene for opplysningsplikt er oppfylt, medføre at ansatte på helsestasjonen ikke sender bekymringsmelding til barneverntjenesten (NOU 2017:12, s. 136).

Fra barnevernets sin side kan bekymringsmeldinger betraktes som en form for samarbeid, der meldingen er grunnlaget for videre felles arbeid. Ved at bekymringsmeldinger utgjør en mulighet for å ha kontakt og samarbeid med tjenester som kjenner barnet og familien, og som det kan være relevant å innhente informasjon fra (Helsetilsynet, 2019, s. 107). En bekymringsmelding kan være både til hjelp og oppfattes som et kontrolltiltak av barn og foreldre, avhengig av relasjonen mellom barn, foreldre og fagfolk. Familiens frykt for å bli

meldt til barnevernet kan gi seg utslag i redusert tillit og relasjonsbrudd ovenfor ansatte på helsestasjonen. Helsestasjonsansatte er avhengig av tillit og relasjon for at barn og deres familier skal benytte seg av tilbudet (Bakketeig et al., 2019, s. 204-205 og 210). En positiv effekt kan oppnås hvis melder er med på møter om bekymringsmeldingen. Da samarbeidsmøtene kan klargjøre innholdet i meldingen og være konflikttdempende og tillitsskapende (Helsetilsynet, 2019, s. 107). Barnevernet er avhengig av at andre melder bekymring for å kunne nå målene om å oppdage sårbare barn tidlig og for at barna med sammensatte behov kan motta tiltak (Prop. 106 L (2012-2013), s. 34).

3.3 Forebygging

Teorier om: utviklingspsykologi, hjernens utvikling, risiko- og beskyttelsesfaktorer, relasjons og tilknytting, resiliens, folkehelse og brukervedvirkning ligger til grunn for økt fokus på forebygging (BLD et al., 2013, s. 1-4; Helsedirektoratet, 2018, s. 3, 6 og 10; Braarud og Nordanger, 2011, s. 968).

Forebyggende arbeid er et felles samfunns ansvar som krever innstas fra flere sektorer og profesjoner, tydelig ledelse og forankring i tjenestetilbudet. Det å tilrettelegge for gode oppvekstvilkår er nedfelt i ulike lovverk: folkehelseloven, helse og omsorgstjenesteloven, barnevernloven, alkoholloven, tobakkskadeloven, plan og bygningsloven m.fl. I tillegg bør brukerperspektivet tydeliggjøres for å få kunnskap om hva barn og deres familier ønsker og har behov for (BLD et al., 2013, s. 2, 4-5). Det er kommunens ansvar å følge opp og ha oversikt på folkehelsearbeidet i kommunen, jf. folkehelseloven § 4 og 5. I følge forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal helsestasjonen ha oversikt på helsetilstanden til og de faktorer som kan fremme eller hemme barns helse (Helsedirektoratet, 2017, s. 26).

Mennesker er sosiale fra fødsel og påvirkes av sine omgivelser. Foreldre har hovedansvaret for barn og skal dekke dets fysiske og følelsesmessige behov ut i fra alder og utviklingsnivå. Grunnpilaren for barns tilknytning og omsorgsbehov, samt basisen for et godt foreldreskap starter i svangerskapet. Tidlig barn-foreldre-samspill er avgjørende for hjernens utvikling (Killén, 2019, s. 19-20 og 34). Det å vokse opp med stabilitet og trygghet i familien er viktig for barnets trivsel og utvikling (Prop. 73 L (2016-2017), s. 27). Eksempler på beskyttelsesfaktor er god helse, trygghet, sosial inkludering, godt psykososialt miljø, nettverk,

at barn mester skolegang og utdanning, at foreldre er tilknyttet arbeidslivet og har trygg økonomi (Prop. 12. S (2016-2017), s. 31; Prop. 133 L (2020-2021), s. 59).

Barns utvikling i de tidlige barneårene har stor påvirkning for hvordan mennesker kan håndtere belastninger senere i livet (Braarud og Nordanger, 2011, s. 968 og 972). Der legges grunnlaget for indre arbeidsmodeller, evne til å forstå andre menneskers situasjon og være bevisst eget bidrag til relasjoner, samt grunnlaget for motstandskraft (Killén, 2019, s. 20-21; BLID, 2017, s. 13).

Forebyggende arbeid ovenfor barn handler om:

- å rette fokus på å fremme sunne barn som kan håndtere fremtidige utfordringer,
- å tilrettelegge for godt oppvekstmiljø gjennom informasjon- og holdningsarbeid,
- å være i forkant av utvikling eller hendelser som kan medføre skjevutvikling hos barn og minske faren for risikofylte situasjoner eller hendelser,
- redusere sosiale helseforskjeller og sosiale ulikheter, marginalisering, utenforskap og frafall i skolen.

Slikt arbeid krever at kommune og stat iverksetter helhetlige og langsiktige planer (BLD et al., 2013, s. 1; Groven og Rostad, 2017, s. 20-22; Helsedirektoratet, 2017, s. 33, 90 og 254).

Forebyggings begrepet deles inn i tre nivåer; universell-, selektiv-, og indikert forebygging. Universell forebygging handler om å hindre at problemer oppstår, og tiltakene retter seg inn mot hele befolkningen. Universell forebygging og tilrettelegging for godt og trygt oppvekstmiljø kan medføre at vansker håndteres uten at barnevernet må involveres (Prop. 106 L (2012-2013), s. 37). Selektiv forebygging går ut på å identifisere risikofaktorer tidlig og forhindre at problemer utvikler seg. Tiltakene rettes mot grupper med spesielle behov. Målet for universelt og selektiv forebygging er å sikre barn trygg tilknytning, trygge oppvekstvilkår og muliggjøre en utvikling ut ifra barnets ressurser. Indikert forebygging handler om å redusere og hindre konsekvenser av allerede oppståtte problemer. Det vil si at det kan være behov for behandling og intervensjon i familier, for på den måten å kunne sikre at barnet og familien får hjelp og/eller beskyttelse. Ved behov for indikert forebygging ovenfor barn og familier, kan det også være behov for tverrfaglig samarbeid. Det kan av og til være vanskelig å skille om det er selektiv eller indikert forebyggende arbeid som gis til familier (Killén, 2019, s. 22-27). På alle de tre nivåene kan tidlig innsats iverksettes (BLD et al., 2013, s. 2).

Barnekonvensjonen intensjon om å ivareta barnets beste fordrer at fagfolk tør å se og våger å handle. Forebygging og tidlig innsats bygger på kunnskap og kompetanse om barns normalutvikling, tegn og symptomer på avvikende atferd, vold, overgrep og omsorgssvikt, samt sammenhengen mellom oppvekstvilkår og risiko og beskyttelse og betydningen av levekårsutfordringer for familier som helhet (BLID, 2017, s.13 og 19; Kripos, 2019, s. 46; Lyngseth og Mørland, 2017, s. 14; Kane og Neverdal, 2018, s. 259).

Det standardiserte helsestasjonsprogrammet er en del av helsestasjonens forebyggende arbeid, der helsestasjonsansatte får kunnskap om barns utvikling, tilknytning og regulering. For å få gode observasjoner av barnets kropp, motorikk, trivsel, samspill og tegn på vold anbefales helsestasjonsansatte å kle av barnet underveis i konsultasjonene. Det kan bidra til å avdekke om barn befinner seg i en utsatt livssituasjon (Helsedirektoratet, 2017, s. 24, 87-88 og 90-91).

Helsestasjonen er en del av barns profesjonelle nettverk og kan være den eneste offentlige instansen som møter barnet før barnehagestart. Helsestasjonen kan gjennom sin kontakt med familien både veilede og styrke foreldrerollen, men og ha en avgjørende rolle i å avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2017, s. 90; Gunnestad, 2017, s. 53). Gjennom økt kunnskap kan fagfolk arbeide mer målrettet rundt hva de ser av tegn og signaler og fatte mot til å ta ansvar (Killén, 2019, s. 18). For å avdekke og avverge må fagfolk ha kunnskap og en tro på at barn kan utsettes overgrep, mishandling og vold (Kvello, 2015, s. 51).

Barnevernet skal forebygge og beskytte barn mot fare, vanskjøtsel og omsorgssvikt. En del av det forebyggende arbeidet er å styrke andre tjenester kompetanse om barndomsbelastninger, traumer, risiko- og beskyttelses faktorer, samt gi informasjon om tjenestens arbeid for å bidra til at andre tjenester kan ivareta barns interesser (Prop. 106 L (2012-2013), s. 26; Kane og Neverdal, 2018, s. 256-257).

Helsestasjonen skal bidra til god fysisk- og psykisk helse ved å være en behandlende og veiledende tjeneste, samtidig skal de forebygge, avverge og avdekke barn i risiko. Dette kan medføre en dobbel posisjon ovenfor familien; på den ene siden skal de gi veiledning og støtte, på den andre avdekke/konfrontere familier om tema som kan oppleves som utfordrende.

Denne dualiteten handler også om tillit og relasjon fra foreldre til helsestasjonens ansatte, noe som kan oppleves som krevende i tilfeller der helsestasjonsansatte er bekymret for barnets omsorgssituasjon. Innenfor rammene for konsultasjonen på helsestasjonen skal det gjøres mye arbeid, som vektkontroller, vaksiner, samt observasjon av barnets atferd og foreldrenes

fungering ut ifra helsestasjons ansatte kompetanse på å vurdere normalutvikling og skjevutvikling hos barn. Noe som er viktig ovenfor de minste og mest sårbare barn. Helsestasjonen bør også ha rutiner for å følge opp familier som ikke møter til konsultasjoner, for å kunne forebygge vold, overgrep og andre levekårsutfordringer (Prop. 12 S (2016-2017), s. 32).

Neumann og Snertingdal (2013) påpeker at helsesykepleiere møter barnet og foreldre for sjeldent, og at konsultasjonene er for korte til at helsesykepleierne med sikkerhet kan fastslå at det de observerer som bekymringsfullt utløser bekymringsmelding til barnevernet (Neumann og Snertingdal, 2013, s. 29). Mens Kripos fremhever at helsestasjonens har en unik posisjon til å kunne undersøke barn uten klær, om barnets atferd gir grunn til bekymring eller om barnet fremstår stresset eller skremt (Kripos, 2019, s. 9).

Både barnevernet og helsestasjonen skal hjelpe familier og kan samtidig opptre som kontrollerende. I et forebyggende perspektiv kan det være dilemma mellom hva som er hjelp og kontroll, ut i fra hvilket perspektiv som legges til grunn. Dette kan gi spenninger i samarbeidsrelasjoner ovenfor barn, foreldre og mellom tjenester i et tverrfaglig samarbeid (Bakketeig, 2019, s. 200-201).

3.3.1 Forebygging; Tidlig innsats

Det er et politisk mål å oppdage barn som har det vanskelig så tidlig som mulig, for å kunne skape stabilitet og trygghet i de første leveårene (BLID, 2017, s. 13). Gjennom ulike former for forebygging kan grunnpilarene for barns tilknytning og utvikling styrkes de første leveårene (Killén, 2019, s. 18-20). Det er særlig små barn og barn om har funksjonsnedsettelse som står i fare for å bli utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2017, s. 91)

Tidlig innsats ble introdusert gjennom stortingsmelding nr.16 (2006-2007), og forstått som en *«innsats på et tidlig tidspunkt i barns liv, og tidlig inngripen når problemer oppstår eller avdekkes i førskolealder, i løpet av grunnopplæringen eller i voksen alder»* (St.meld. nr. 16, 2006-2007, s. 10).

Kunnskap om barnets familie og historikk kan gi vesentlig informasjon for å iverksette tidlig hjelp. Det kan foreligge en tendens til gjentakelse fra en generasjon til den neste, da

holdninger og ubearbeide problemer føres videre, og foreldrenes tidlige historie kan gjenspeiles i deres evne til å respondere ovenfor sine barn (Killén, 2019, s. 18).

I barnevernsreformen beskrives tidlig innsats som å gi hjelp og støtte til barn og foreldre på et tidlig tidspunkt for å forhindre at utfordringer vokser til alvorlige problemer. Men det er også å gripe tidlig inn i saker der barn utsettes for alvorlig omsorgssvikt, for å unngå store skadevirkninger (Prop. 106 L (2012-2013), s. 34; Prop. 73 L (2016-2017), s. 30).

3.3.2 Familiestøttende arbeid

Familiestøttene arbeid beskrives som en innsats for å styrke barns omsorgssituasjon (Prop. 73 L (2016-2017), s. 56). Barnets best og dets behov skal være i sentrum for det familiestøttende arbeidet (BLID, 2017, s. 9). Barnevernets arbeid skal integreres i det øvrige tjeneste tilbudet til kommunen. Familiestøtte nevnes som et viktig ledd i det forebyggende arbeidet, og beskrives som ulike former for hjelp som kan bidra til å styrke barns omsorgssituasjon. Helsestasjon og barnevernet nevnes til å ha et særskilt ansvar i det familiestøttene arbeidet, men det poengteres at de må samarbeide tett med NAV, barnehage, skoler og andre tjenester rundt barn og familier. Familiestøttene arbeid har oppmerksomheten på helhetssituasjon, og forebyggende arbeid antas å kunne redusere kostnadskrevede tiltak (Prop. 73 L (2016-2017), s. 7, 30-31 og 56; Helsedirektoratet, 2017, s. 27-36).

Tverrfaglig samarbeid er en viktig faktor i det familiestøttende arbeidet, for å oppdage og gi tidlig hjelpe barn og familier. Barn og deres familie kan være i kontakt med helsestasjon, barnehager, familievernkontor, fastlege og andre før barnevernet involveres gjennom en bekymringsmelding. Både før og underveis i en barnevernssak kan tjenestene ha kontakt med familien uten at det er samarbeid dem imellom (Prop. 73 L (2016-2017), s. 30).

Tidlig innstas og langsiktig forebyggende arbeid kan redusere ytterligere inngripende tiltak og spare både enkelt individer og samfunnet for kostander (Prop. 73 L (2016-2017), s. 30). For familier med komplekse problemer kan barnevernets hjelpetiltak være virkemidler for å forebygge videre skjevutvikling eller økt problemomfang. Da tiltakene er ment å øke foreldrenes foreldreferdigheter og/eller kompensere for mangler i familiens fungering (Prop. 12 S (2016-2017), s. 34).

3.4 Kompleksitetsteori

3.4.1 Sårbare og utsatte barn

I følge FAFO defineres sårbare til å være barn med «risiko for å utvikle problemer som kan lede til mangelfull grunnopplæring, med påfølgende utfordringer knyttet til utdanning, arbeid og helse, og som står i fare for framtidig marginalisering» (FAFO, 2020, s. 22).

Mens utsatte barn defineres i NOU 2009:22 til å være barn med sammensatte vansker og problemer som har behov for tjenester og tilbud fra minst to instanser over tid (NOU 2009:22, s. 10). Barn som er brukere av helsestasjonens tjenester kan omtales om sårbare, da de er helt avhengig av sine omsorgspersoners emosjonelle og praktiske omsorgskapasitet, samt tilknytnings- og relasjonskvalitet for sin videre utvikling (Prop. 133 L (2020-2021), s. 84).

Begrepene favner barn med ulike belastninger og sårbarheter som kan ha behov for oppfølging av fra flere tjenester samtidig. Der tjeneste bør samhandle for å gi helhetlig hjelp til familien. Helhetlighjelp handler om kunnskap om hva som skaper gode oppvekstvilkår og hva som påvirker dette. Barn utvikles i samspill med sine omgivelser og ut i fra individuelle forhold og forhold i oppvekst miljø. Forhold i barnet kan være genetikk og temperament. Forhold i miljøet kan være foreldres foreldreferdigheter, bo- og nærmiljø eller påvirkning av samfunnsmessige utfordringer som C-19 pandemien.

At hjelpen kan glippe, selv om mange tjenester møter og følger opp på ulike områder har medført fokus på forebygging. Ut i fra bekymring om at barn i lavinntektsfamilier ikke har de samme mulighetene til sosial deltakelse som andre barn, som kan medføre utenforskap (FAFO, 2020, s. 7, 13 og 51). Tverrfaglig samarbeid kan gi både muligheter til å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt, og å vurdere effekten av dette fortløpende (Glavin og Erdal, 2018, s. 22-23).

Barn som mottar hjelp fra barnevernet har flere områder med større utfordringer og kan streve med skolegang, fysisk og psykisk helse, stress m.m. (Prop. 73 L (2016-2017), s. 23). Deres foreldre kan ha lavt utdanningsnivå, dårlig helse, lave inntekter og svak tilknytning til arbeidslivet og/eller vansker knyttet til rus og psykiskhelse, samt at det er mer konflikter i familien. Dette kan føre til vansker i utførelsen av foreldrerollen og gi konsekvenser for barns utvikling, som igjen kan medføre at familien kommer i kontakt med barnevernet. Problemene kan fremstå som sammensatte (Clifford et. al., 2015, s. 24 og 66; Prop. 73 L (2016-2017), s. 23). Barnevernet retter i stor grad fokus på foreldres omsorg og hvilke hjelpetiltak eller andre

muligheter som finnes for å kunne hjelpe dem i å mestre foreldrerollen. Ofte iverksettes det flere hjelpetiltak ovenfor familien samtidig. Denne formen for hjelp kan være forebyggende ovenfor mer drastiske tiltak (Clifford et al., 2015, s. 28; Prop. 73 L (2016-2017), s. 23).

3.4.2 Komplekse problemer

Kompleksitetsteori anvendt på barn og familier handler om hvordan familiers livssituasjon kan ha sammensatte vansker som medfører at intervensjoner og tiltak ikke virker slik det var forutsatt. Det teoretiske perspektivet er nyttig for å belyse utfordringer som kan oppstå når barn og deres familier har behov for hjelp fra flere tjenester samtidig, og om den hjelpen som gis virker etter sin hensikt (Fauske et al., 2017, s. 47-49).

Sammensatte vansker består av delproblemer som er vanskelig å identifisere og skille fra hverandre som gjør de «nærmest umulig» å håndtere. Slike problemer kalles komplekse eller gjenstridige problemer. Problemene kjennetegnes ved at de er kompliserte og vanskelige å løse, samtidig som det kan være ulike oppfatninger og konkurrerende interesser ovenfor problemets natur og hva som er akseptable løsninger (Fauske et al., 2017, s. 46-47; Fauske et al., 2019, s. 188-190; Nygren, 2017, s. 104). Barn og familier som kommer i kontakt med barnevernet kan ha komplekse problemer, som må løses gjennom en felles innsats fra flere områder samtidig. Kompleksiteten i sakens natur utfordrer systemene innad i velferdsstaten, da tjenestene er sektorisert og i stor grad kun ser den delen av problemet de selv har ansvar for (FAFO, 2020, s. 8). Det blir derfor viktig at tjenesten evner å samarbeide, samt har kunnskap som overlapper hverandre (Forskningsrådet, 2021, s. 6).

Det er vesentlig at de samarbeidene tjenestene tar utgangspunkt i barnets livssituasjon og behov, for så å koordinere hjelpen ut i fra dette (Forskningsrådet, 2021, s. 6). Komplekse problemer kan utfordre fagfolks ønske om å være sikker i sin begrunnelse og målet med hjelpen som tilbys barn og foreldre. Komplekse problemer tydeliggjør at mennesker lever i interaksjon med omgivelser og uforutsette hendelser kan skje og gi ringvirkninger. Det påvirker problemforståelsen som da ikke kan være lineær ut i fra årsak-virkning, men av og til være uten fasit på hva som er riktig (Langsrud et al., 2020, s. 114).

Gjennom tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernet kan helhetsbilde rundt barnet og dets familie bli tydelig. Dette kan gjøres ved at begge tjenestene sine særegne kunnskaper samles til en helhet og på den måten utvikler en felles forståelse (Glavin og Erdal,

2018, 20-23; Willumsen, 2017, s. 39). Når tjenester har ulikt syn på barn og familiens fungering eller de vurderinger som blir tatt, kan dette være med på å belyse den kompleksitet som foreligger rundt barnet (Helsetilsynet, 2019, s. 112).

Kompleksiteten handler om at fagfolk må ha en bevissthet om:

- kunnskap om barns utvikling,
- hvordan ulike faktorer i barns og foreldres liv kan påvirke barns utvikling,
- hvordan informasjonsutveksling kan foregå mellom de samhandlende tjenestene
- at beslutningsgrunnlaget og tilbud om hjelp kan være ulikt vurdert hos de samhandlende tjenester (Langsrud et al., 2020, s. 114).

Samtidig må det erkjennes at komplekse vansker hos barn og deres familier er vanskelig i seg selv. Derfor er det viktig med åpenhet og en forståelse om at ingen av partene er mer kompetente enn de andre til å kunne vurdere komplekse saker (Fauske et al., 2019, s. 189). I forhold til tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernet kan denne type vansker opptre hos barn og familier som omtales som de mest alvorlige. Tverrfaglig samarbeid kan være en forutsetning for å løse komplekse vansker, da det gir muligheter for å finne gode løsninger og således sikre barn best mulig oppvekst vilkår (Glavin og Erdal, 2018, s. 3). Og for å forhindre at foreldrenes vansker overskygger barnas vansker (Helsetilsynet, 2019, s. 22).

Komplekse saker utfordrer det sektoriserede velferdssystemet, da sektorprinsippet gir rammebetingelser og vanskeliggjør samarbeid på tvers. Både ut i fra at saken i seg selv er kompleks, men også på bakgrunn av at samarbeidet mellom tjenester kan være kompleks. Kompleksiteten påvirker flere faktorer i tverrfaglig samarbeid; som hvorvidt barn og foreldre er motivert for hjelp, om tjenestene har fokus på delproblemer eller helhet, rutiner, ansvarsforhold, taushetsplikt, opplysningsplikt, økonomi, samarbeidskompetanse, felles problemforståelse og felles kunnskap (FAFO, 2020, s. 8; Forskningsrådet, 2021, s. 6; Fauske et al., 2017, s. 48).

Det kan oppstå alvorlige konsekvenser når det er mangler i samordning og samarbeidet mellom tjenester til barn og deres familier ved at sårbare barn ikke fanges opp eller ikke får den hjelpen de trenger (NOU 2017:12, s. 11-12). Kompleksitetsteori kan utvide forståelsen av slike utfordringer. Tjenester skal gi helhetlighjelp på rett tid kan handle om en lineær problemforståelse. Men når familier har sammensatte utfordringer handler problemløsningen ofte om at det ikke er en klar fasit. I en families liv kan det oppstå uventede hendelser som

kan bli sammenvevde med andre vansker og problemene kan bli vanskelig å skille fra hverandre. Kompleksitets teori bidrar til å belyse dynamikken mellom individer og organisasjoner. C-19 pandemien er et eksempel på hvordan sårbare barn og deres familie kan oppleve en ytterligere sårbar livssituasjon ved nedstemning, permitteringer og stress. Kompleksitetsteori kan være et ledd i å finne alternative måter for hvordan barnevernet og helsestasjonen kan forstå problemer og å finne helhetlige løsninger (Langsrud et al., 2020, s. 123).

3.5 Oppsummering teori

Modellen «Conceptual framework for interprofessional teamwork» gir et oversiktlig rammeverk for prosesser og faktorer som påvirker, beriker, hindrer og skaper dilemmaer i tverrfaglige samarbeid. Samt hvordan tverrfaglige samarbeid avhenger av både deler og helhet for å fungere optimalt. Juridiske rammer som taushetsplikt, opplysningsplikt og meldeplikt er noen faktorer som kan påvirke slikt samarbeid. Politiske føringer legger til grunn at tverrfaglig samarbeid kan heve kvalitet på hjelpen som tilbys barn og familie, gi muligheter for både økt kompetanse, høyere kunnskapsnivå hos fagfolkene som deltar i samarbeidet og merviten (Glavin og Erdal, 2018, s.22 og 24). Samtidig er det offentlige Norge sektorstyret med egne logikker, finansielle rammer og strukturer. Det kan gi barriere som føre til at barn og deres familie ikke får hjelpen de trenger (NOU 2017:12, s. 11-12).

Forebygging rettes mot utsatte og sårbare barn og familier ut i fra dårlige levekår her og nå og for å forhindre at belastninger og levekårsutfordringene medfører konsekvenser for voksenlivet. Slike utfordringene kan møtes på tre nivåer: Det første handler om en helhetlig oppvekstpolitikk, det andre om organisatoriske tilrettelegginger med bedre samarbeid og samordning mellom sektorer, forvaltningsnivåer og tjenester for å identifisere utsatte barn tidligst mulig. Det tredje nivået omhandler relasjonen mellom bruker og tjenesten. Hvor tilgjengelig tjenesten er, brukerorientering og medvirkning i tjenestene, samt at det sikres helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud for barn og de familier som trenger dette (FAFO, 2020, s. 106-107). Dette må ses opp mot kompleksitetsteori; hvor både barnet og familiens vansker kan være komplekse, som kan medføre et komplekst tverrfaglig samarbeid.

4. Metode

Først i dette kapitlet presenteres bakgrunnen for valg av forsknings design. Deretter introduseres Tematisk Analyse; en metode for å analysere data. Vitenskapsteoretisk bakgrunn, reliabilitet, validitet og overførbarhet presenteres i egne delkapitler, det samme gjør svakheter og styrker ved studien, etisk ansvarlighet og forskerens posisjon til tema.

4.1 Kvalitativ metode som forskningsdesign

Datainnsamlingen ble gjennomført ved individuelle og fokusgruppe-intervjuer. Gjennom intervju kan det fremkomme fyldig og omfattende kunnskap og det gis innsikt om hvordan deltakerne opplever tverrfaglig samarbeid, refleksjoner rundt taushetsplikt og opplysningsplikt, samt synspunkter og perspektiver på den forebyggende delen av sitt arbeid. I et individuelt intervju søkes det å få innsikt i hvordan akkurat denne deltakeren opplever sin situasjon og erfaringer, tanker og synspunkt omkring tematikken. I et fokusgruppeintervju er fokuset å få innsikt i de ulike synspunkt om meninger og holdninger innenfor de emnene det søkes forsket på. I en fokusgruppe kan deltakerne gi hverandre nyttige innspill underveis og man kan få kunnskap om variasjoner i holdninger og utdypende refleksjoner på ulike tema. På den annen side kan fokusgruppe intervju medføre at enkelte deltakere ikke deler det de egentlig mener og/eller vegre seg for å presentere sitt synspunkt, samt at enkelte tema kan bli dominerende. Forskeren må også være bevisst sin posisjon i fokusgruppen (Thagaard, 2019, s. 89 og 92; Kvale og Brinkmann, 2019, s. 179).

I denne undersøkelsen ble det brukt en delvis strukturert utforming på intervjuene. Temaene var fastlagt i en intervjuguide på forhånd, men med mulighet for å variere rekkefølgen underveis i intervjuene (Thagaard, 2019, s. 91). Ved å benytte en intervjuguide var det lettere å sikre at alle sentrale deler ved problemstillingen ble undersøkt, der intervjuguiden kan ses på som et manuskript, samt at forskeren får en reflektert tilnærming til problemstilling og tema (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 137). Intervjuguiden hadde følgende hovedtema 1) tverrfaglig samarbeid, 2) meldeplikt, taushetsplikt og avvergingsplikt, 3) tidlig innsats.

4.2 Rekruttering og gjennomføring av intervjuer

Rekrutteringen til intervjuene ble gjort gjennom e-post kontakt til postmottak adresser, som så ble videre sendt til aktuelle kandidater. Ved et par tilfeller ble det sendt epost direkte til ledere. Det var ønskelig med et strategisk utvalg på 7-8 deltakere. Rekrutteringsprosessen tok lang tid. Det var et fåtall tjenester som svarte tilbake innen gitt tidsfrist, mens andre lot være å svare. Det ble totalt 6 ansatte fra helsestasjonen og 5 ansatte fra barnevernet som stilte til intervju. Da hadde det blitt sendt ut forespørsel til 9 barnverntjenester og 15 helsestasjoner. At det er færre barneverntjenester enn helsestasjoner handler om kommunens organisering, og hvilken kontaktinformasjon som var tilgjengelig. Ofte var det oppgitt kontaktinformasjon til flere helsestasjoner i en kommune, mens det ofte bare var ett telefon nummer eller en e-post adresse til barnevernet.

Deltakerne fikk tilbud om først å delta i fokusgruppeintervju med oppfølgende individuelle intervju av enkelt deltakere i etterkant. Dette gikk dessverre ikke, da de som meldte sin interesse i hovedsak ønsket å gjennomføre individuelle intervju. Intervjuene ble gjennomført på Teams, med diktafon fra Nettskjema til Universitetet i Oslo og varte i ca. 30 minutter. Ni deltakere gjennomførte individuelt intervju, og to personer stilte til fokusgruppe intervju. Samme intervjuguide ble brukt i alle intervjuene, for å få mest mulig likt sammenlikningsgrad ved koding og analyse arbeidet.

Intervjuene tok kortere tid enn forventet, noe som kan henge sammen med bruk av den digitale løsningen Teams. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju og deltakerne ble gitt individuell koder. Ansatte fra barnevern ble kalt BV1, BV2 osv., og ansatte fra helsestasjonen HS1, HS2 osv. Kodene brukes ved sitater senere i undersøkelsen.

4.3 Tematisk analyse

Etter transkriberingen, begynte analysearbeidet. I denne studien benyttes refleksiv tematisk analyse for å analysere data. Metoden benyttes for å navigere i koder, kategorisering og meningsinnhold. Tematisk analyse kan beskrives som en metode for å identifisere, analysere og finne mønstre i det kvalitative data grunnlaget. Metoden ble valgt da den gir muligheter for finne repeterende meningsbærende mønstre ved å forene data som i utgangspunktet kan fremstå som ulikt og variert, ved å søke på tvers av datagrunnlaget, noe som kan styrke

oppgaves validitet. Analyse metoden består av seks steg som skisseres nedenfor (Braun, Clarke, Hayfield og Terry, 2019, s. 843, 845 og 848; Braun og Clarke, 2006, s. 79).

Det første steget handler om å bli kjent med datagrunnlaget. Dette gjøres i hovedsak ved å lese gjennom datagrunnlaget for å bli kjent med innhold, dybde og for å lete etter mening og oppdage mønstre. Ofte noteres funn av interesse.

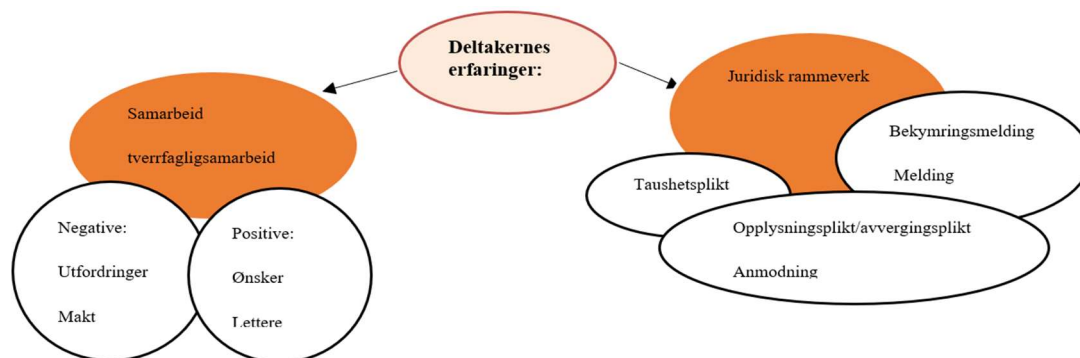
Ved steg to ble det dannet et inntrykk av interessante datafunn, for så å finne koder og sammenstille de data som tilhører hver kode. En kode er en betegnelse på noe som symboliserer meningsinnholdet i teksten. Ved å kode deles teksten opp og organiserer interessante data i meningsfulle grupper. Kodeord gir grunnlag for å foreta sammenligninger av hele datagrunnlaget (Braun og Clarke, 2006, s. 87; Thagaard, 2019, s. 153).

I denne prosessen ble først kodebegreper fra problemstillingen brukt, men det medførte et snevert utvalg som begrenset innholdet. Oppmerksomheten ble så rettet mot data som hadde engasjert deltakerne underveis i de ulike intervjuene. En ny kodeliste med et bredere utvalg av betegnelser ble laget, og der ble det også benyttet synonymmer på det som var mangelfullt ved første forsøk (Thagaard, 2019, s. 154-155). Følgende koder ble valgt: erfaringer, melding, avverging, taushetsplikt, anmodninger, innhenting, tverrfaglig/tverrfagligsamarbeid, utfordring, ønsker/letterer, felles/samhørighet, makt, tidlig inn/forebygging og forbedringer.

Steg tre handlet om å søke etter mønstre ved å sammenstille koder i temaer. Et tema gjenspeiler mønstre av mening på grunnlag av et kjernebegrep, en idé eller slutning (Braun et al., 2019, s. 845). I tematisk analyse må man være bevisst de valgene man tar, hvilke temaer som fremkommer, og hvordan man behandler dette videre i prosessen. Et tema fanger opp noe viktig i relasjonen til problemstillingen eller de spørsmål som stilles, og som så representerer et mønster i datagrunnlaget. Det er viktig å tenke over hva som kan betegnes som et mønster/tema, og hvilken størrelse de ulike temaene skal ha (Braun og Clarke, 2006, s. 82-83 og 87).

Steg fire handlet om å revurdere temaene og sjekke dem opp mot steg en og to. For å vurdere om temaene som fremkom i steg tre skal benyttes videre og/eller deles opp på andre måter enn først antatt. Målet med denne prosessen er å gi sammenhengende og overbevisende tolkning av datagrunnlaget. For til slutt å sitte igjen med et godt utgangspunkt for hva som er de aktuelle temaene og hvordan disse hører sammen (Braun og Clarke, 2006, s. 87, 91-92; Braun et al., 2019, s. 848). Steg fire medførte konkretisering av to hovedtema: deltakernes

erfaringer og deres egne synspunkter. Ulike undertemaer knyttet seg opp mot dette igjen. Det ble laget to tematiske kart for å få en grafisk oversikt på dette, se figur 1a og 1b.



Figur 1.a Tematisk kart på deltakerne erfaringer

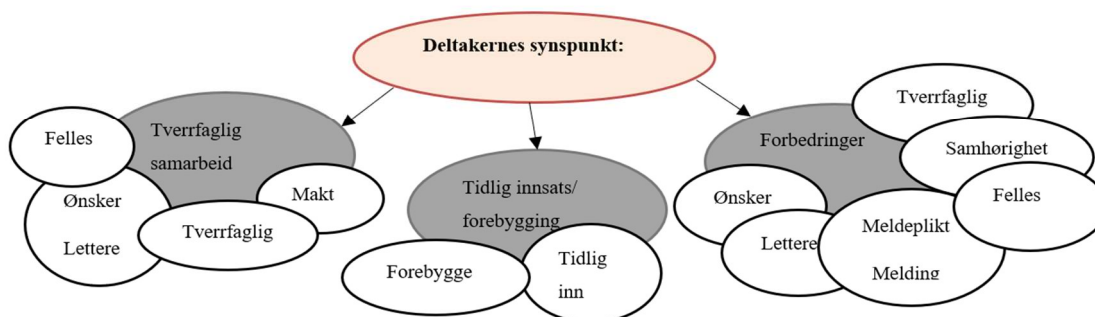
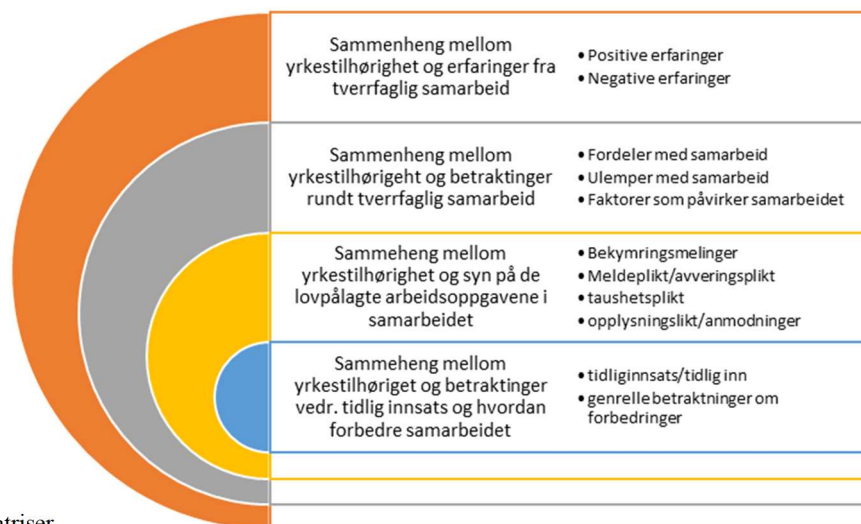


Fig. 1. b. Tematisk kart på deltakernes synspunkt

Steg fem handlet om å definere og navngi temaene for å finne historien som dataene forteller. Det tematiske kartet gav muligheter til å sammenligne data som fremkom mellom deltakerne om de ulike temaene. Det ble grunnlaget for å gjøre en analyse for hvert individuelle tema som Braun og Clarke anbefaler at gjøres på dette steget (Braun og Clarke, 2006, s. 92).

Hovedformålet med å bruke matriser er å skaffe oversikt på data for å kunne se sammenhenger mellom tema. Matrisene ble delt inn i kolonner for temakategorier og rader med intervjupersonenes utsagn, se figur 2. En utfordring ved å bruke matriser er at lange sitater må kuttes ned, for at innholdet i matrisen kunne bli meningsbærende. Dette er en utfordring, da dataene blir løsrevet fra sin opprinnelige sammenheng, noe som er en del av kritikken mot tematisk analyse. I en tematisk analyse kan man utforske enkelte temaer ved å sammenholde informasjon fra alle enhetene. Noe som gir en utdypet forståelse av temaene. Det er viktig å være åpen for tolkninger av teksten og ikke være bundet av den teoretiske bakgrunnen for undersøkelsen (Thagaard, 2019, s. 162 og 177). Det ble valgt en deduktiv tilnærming, som kjennetegnes ved at begreper i kode og analysedelen er avledet fra annen teori. Der disse begrepene bidrar til å kunne gjenkjenne mønstre i data opp mot perspektiver

fra annen relevant teori. De teoretiske perspektivene ligger til grunn og gir begreper som er relevant å trekke inn i analysedelen. Samtidig kan man ved å se til annen relevant teori få innspill til videre analyse og tolkning av data (Thagaard, 2019, s. 172).



Figur 2. Matriser

Etter å ha arbeidet med matrisene, ble det gjort en ny analyse for å finne ytterligere sammenfallende tema med tanke på å utarbeide et tankekart. Nye og tydeligere mønstre dukket opp. Eksempelvis hadde jevnt over helsestasjonsansatte flere momenter rundt utfordringer med tverrfaglig samarbeid enn barnevernsansatte. Det er viktig å bruke tid på å bli kjent med datagrunnlaget, da det danner grunnlag for den videre analyse prosessen (Braun og Clarke, 2006, s. 88).

I steg seks slutføres analysearbeidet, hvor eksempler identifiseres og analyseres opp mot problemstillingen og litteratur, for så å skrive selve rapporten. Rapporten bør fortelle historien til dataene på en slik måte at leseren overbevises om den prestasjon og validitet som ligger til grunn i analysen. Samtidig som analysen inneholder konsistente, sammenhengende, logiske og interessante redegjørelser innen og på tvers av tema (Braun og Clarke, 2006, s. 87). Spørsmålene som stilles rundt data gir fremdriften i analysedelen. Noen spørsmål finnes allerede i problemstillingen, men det kan også oppstå ideer til nye spørsmål i løpet av analysearbeidet (Thagaard, 2019, s. 174). Underveis i analyse prosessen er det viktig å stille spørsmål ved valg som ble tatt underveis, for eksempel hvorfor ble ulike tema valgt og ansett som aktuelle for denne rapporten? Hvordan snakkes det om ulike tema? Slik spørsmål kan være til hjelp i analysearbeidet når det foreligger et klart bilde av det tematiske kartet (Braun og Clarke, 2006, s. 93-94).

4.4 Vitenskapsteoretisk posisjon

Som forsker fortolkes data aktivt i løpet av undersøkelsen. Tolkningen og analysen av data kan sies å være to sider av samme prosess. Forståelsen som formes av data gjennom forskningsprosessen må ses i sammenheng med den forforståelsen forskeren bringer med seg inn i prosjektet. På en side kan fortolkning av den kvalitative teksten knyttes opp mot forskerens teoretiske utgangspunkt. På den andre siden kan mønstrene som fremkommer i de innsamlede dataene gi grunnlag for forståelsen som forskeren utvikler i løpet av forskningsprosessen. Som forsker er det viktig å være bevisst sitt faglige ståsted som vil prege den forståelsen som utvikles. Forsker og deltaker kan ha ulike perspektiver på det som undersøkes. Det vil si at utfallet av analysen og videre tolkning kan være lik den forståelsen deltakeren har, eller det kan presenteres alternative perspektiver (Thagaard, 2019, s. 33 og 182).

Denne studien bygger på en hermeneutisk vitenskapsteoretisk tradisjon. Der fortolkning av mening, og den hermeneutiske sirkel står sentralt. Et viktig moment i hermeneutisk tradisjon er forskerens forhåndskunnskap knyttet til tema; forskerens forforståelse. Forforståelse handler om at mennesker er selvfortolkende, med forståelsen betinget ut i fra historie og tradisjon og således også fordommer. Forskeren må være seg bevisst at teksten får sin mening fra en kontekst. Og videre at konteksten handler om betydninger, praksiser, verdier og antakelser som mennesker bygger sine handlinger og ytringer på. Ved å benytte et hermeneutisk perspektiv kan forskere analysere intervjuene ved å se utover her og nå situasjonen og rette oppmerksomheten mot den kontekstuelle fortolkningshorisonten som bygger på tradisjon og historie (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 74).

I denne studien tolkes mening også gjennom et analytisk perspektiv ved bruk av tematisk analyse. I en refleksiv tematisk analyse ses forskeren som en aktiv deltaker i analyse prosessen. Forskerens aktive rolle innebærer at denne må ha bevissthet om egen personlige og faglige bakgrunn, forforståelse, fordommer og hvordan dette påvirker analysen. Da analysen er en tolkning av deltakerens tolkning som fremkom i intervjuene (Braun et al., 2019, s. 845, 848-849).

4.5 Reliabilitet, validitet, overførbarhet og forskningsetikk

For å kunne si noe om den kvalitative forskningens kvalitet må en undersøke forskningens troverdighet. Det er derfor avgjørende å vurdere studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet.

4.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt prosjektet er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte og om andre forskere hadde funnet lignende resultater ved bruk av samme metode (Thagaard, 2019, s. 181; Kvale og Brinkmann, 2019, s. 357).

I denne studien fremkommer reliabiliteten gjennom den tematiske analysen, og forskerens posisjon til tema og resultatene. Det er valgt tematiske analyse for å kunne gi en tydelig beskrivelse av forskningsstrategien og analysemetoder. Det er tatt med en del om forskerens posisjon til tema for å tydeliggjøre forskerens refleksjoner rundt ulike sider ved denne studien. I kapittelet om resultater står deltakernes utsagn i kursiv for å tydelig gjøre hva som er primær data. Dette gjør forskningsprosessen transparent og data kan skilles fra forskerens fortolkninger og forskningsprosessen og vurderes trinn for trinn av andre (Thagaard, 2019, s. 187-189).

4.5.2 Validitet

Validitet handler om resultatene av forskningen, samt gyldigheten og tolkningen av den. Validitet handler også om hvorvidt tolkninger fra forskjellige studier kan bekrefte hverandre, om denne studien har overføringsverdi til lignende studier om tverrfaglig samarbeid rundt arbeid med barn og deres familier. Ved kritisk gjennomgang av analyseprosessen og hva tolkning baseres på kan validiteten styrkes. Kvalitative studier har som siktemål å utvikle en forståelse av de fenomener som studeres (Thagaard, 2019, s. 181 og 189). Validitet kan også fortolkes i en videre forstand; i hvilken grad studien undersøker det som den er ment at den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2019, s. 276).

I denne studien har de forhold som er ment å undersøkes blitt undersøkt. Dette er gjort gjennom bruk av intervjuguide med spørsmål knyttet til problemstillingen og forskerspørsmålene. Tolkningen av data viser at resultatene kan sammenlignes med resultater

fra andre studier. Dette er studier som legges frem gjennom del om kunnskapsstatus og i teoridelen. Validiteten til undersøkelsen kommer således til syne gjennom delen om resultater, for så å tas opp i drøftingen. I drøftingsdelen søkes det å belyse tolkning av data fra ulike studier, forskningsrapporter, Proposisjoner, NOU:er og tilsynsrapporter (Thagaard, 2019, s. 191).

4.5.3 Overførbarhet

Overførbarhet handler om forståelsen kan være relevant for andre situasjoner. I kvalitativ forskning er det en målsetning at tolkningen fra et prosjekt har en generell relevans. Det vil si at tolkningen av data kan gi en opplevelse av gjenkjennbarhet ut i fra det fenomenet som studeres (Thagaard, 2019, s. 182, 193-194). I denne undersøkelsen tydeliggjøres det gjennom resultater, tolkning og drøfting, hvor sentrale tendenser fremkommer som både deltakerne, lesere og andre forskere kan kjenne igjen. De sentrale tendensene gir en overføringsverdi slik at studien kan videreutvikles i nye undersøkelser (Thagaard, 2019, s. 194-195).

4.5.4 Etikk i forskningsprosessen

I en forskningsprosess må man være bevisst på de etiske aspektene. Nedenfor trekkes det frem etiske betraktninger knyttet til informert samtykke, konfidensialitet og ansvarlighet.

Informert samtykke

Det er viktig å være oppmerksom på at interaksjonen i et intervju preges av en asymmetrisk relasjon. Forskeren har mest innflytelse da denne har planlagt intervjusituasjonen, har kontroll over situasjonen og er den som driver intervjuet fremover. Dette betyr ikke at intervju personen er uten kontroll over situasjonen, da denne selv kan bestemme hvor mye den vil uttrykke om de ulike temaene (Thaggard, 2019, s. 91-92). Deltakerne har gitt sitt informerte samtykke, men står i en posisjon der de har mindre innflytelse enn forskeren. I denne studien kunne deltakerne selv velge hvor mye de ville svare og utdype rundt ulike spørsmål.

Studien er meldt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle informantene samtykket til deltagelse i tråd med personopplysningsloven (Justis- og beredskapsdepartementet).

Konfidensialitet

For å ivareta deltakernes anonymitet har hver person ett tal og omtalt som «ansatt på helsestasjon» eller «ansatt i barnevernet». Kjønn, alder eller profesjonstittel som jordmor, helsesykepleier, barnevernspedagog, sosionom eller annet blir ikke nevnt, for å ivareta kravet om anonymitet.

Taushetsplikten er et viktig aspekt i denne sammenheng. Alle deltakerne var underlagt taushetsplikt og det ble også påpekt fra NSD sin side at deltakerne måtte være seg dette bevisst. Innledningsvis i intervjuene ble deltakerne bedt om å la være å komme med konkrete eksempler i sine svar.

Etisk ansvarlighet

Etisk ansvarlighet handler om hvordan forskeren markerer et skille mellom dens eget perspektiv og presentasjonen av deltakerens forståelse av situasjonen. For å sikre validiteten i studien er det viktig at forskeren har en bevissthet om egne fordommer, forforståelse og tolkning. Samt at forskerens perspektiv kan være ulikt deltakernes forståelse av egen situasjon. Dette viser til den hermeneutiske posisjonen og reiser etiske spørsmål om hvordan deltakerne opplever forskerens forståelse og tolkning. Forskeren må være oppmerksom på at deltakerne kan ha ulikt syn på de utsagn som forskeren benytter til å argumentere for sine standpunkt. Det er også noe man må være særlig oppmerksom på ved bruk av tematisk analyse. Underveis i intervjuene ble det forsøkt å oppklare misforståelser, på den måten kunne deltaker og forsker samarbeide om tolkningen og således styrke studiens validitet. I tillegg ble den asymmetriske relasjonen minsket mellom deltaker og forsker. I denne undersøkelsen har det vært viktig å fremstille deltakernes forståelse på en nyansert måte.

Etisk ansvarlighet handler også om deltakernes anonymitet, som i denne undersøkelsen fremkommer ved bruk av koder, men det kan være at deltakerne opplever å kjenne seg igjen i enkelte utsagn (Thagaard, 2019, s. 196-198).

4.6 Styrker og svakheter ved studien

At deltakerne kom fra ulike deler av Østlandsområdet, med et ganske likt antall deltakere fra begge tjenesten anses å være en styrke ved studien. Dette gav mulighet for perspektiver fra både små og store kommuner.

Både barnevernet og helsestasjonen er tjenester som kan ha fagfolk med ulike profesjoner og yrkesgrupper ansatt i operativt arbeid. På helsestasjonen er den dominerende yrkesgruppen helsesykepleiere og i barnevernet er barnevernspedagoger dominerende. En svakhet ved studien kan være at de ansattes fagbakgrunn har vært noe ensartet, da det i utgangspunktet kunne det ha vært flere faggrupper representert. En annen svakhet kan være at det ble gjennomført et mindre antall fokusgruppeintervju enn det strategiske utvalget tilsa. Ved større grad av fokusgrupper kunne det ført til flere diskusjoner, som igjen kunne gitt andre perspektiver.

4.7 Egen posisjon i forholdt til tema

Tematikken til studien har opptatt meg i lang tid. Jeg har tidligere arbeidet i en lengre periode i barnevernet og er nå leder for et tverrfaglig lavterskeltilbud. Min forforståelse rundt tverrfaglig samarbeid, forebygging og kompleksitetsteori, kan ha påvirket spørsmålsformuleringene og hvorvidt jeg har stilt meg åpen for at andre har ulike synspunkt enn meg ved tolkning av data. Som forsker må en være kritisk til utvalget av forskningsrapporter, NOU:er, Proposisjoner til Stortinget og litteratur som velges, da en lar seg påvirke av teori som støtter opp under egen forforståelse, og i mindre grad ta med teori som har andre perspektiver. Arbeidet med studien har bevisst gjort min rolle som forsker, ved utvikling av data og forskerrollen underveis i intervjuene. Bevisstgjøringen rundt relasjonen til deltakerne og hvordan min forforståelse av tematikken preger utvikling av data, er viktige faktorer i forståelsen av konteksten studien bygger på.

5. Resultater

Gjennom den tematiske analysen fremkom tema knyttet til tverrfaglig samarbeid, juridiske rammer for samarbeidet og forebygging. I dette kapitlet presenteres resultatene først i tabellform for å gi en oversikt på tema med hovedkategorier og underkategorier, se tabell 1. Kategoriene utdypes i underkapitler med sammenfatning av deltakernes refleksjoner og synspunkt og tilhørende illustrerende sitater. Til sist i kapitlet er en oppsummering.

HOVEDKATEGORI	UNDERKATEGORI
Tverrfaglig samarbeid	Sammen gjør vi hverandre gode Personavhengig Tillit
Juridiske rammer for samarbeid	Rettsikkerhet Taushetsplikt Samtykke Meldeplikt
Forebygging	Tidlig innsats Kunnskap og kompetanse Helhetsperspektivet

Tabell 1. Presentasjon av resultater og tema.

5.1 Tverrfaglig samarbeid

Denne hovedkategorien omhandler deltakernes refleksjoner og innspill rundt tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid var et gjennomgående tema underveis i intervjuene og ble søkt belyst gjennom flere spørsmål. Underkategoriene er: sammen gjør vi hverandre gode, personavhengig og tillit.

5.1.1 Sammen gjør vi hverandre gode

Ansatte fra både barnevernet og helsestasjonen fremstod med et ønske og en vilje til å bedre det tverrfaglig samarbeidet, for å kunne gi barn og foreldre helhetlig hjelp. De fleste gav uttrykk for at barnas ve og vel var utgangspunktet for det tverrfaglige samarbeidet. Men det var også noe variasjon i svarene på hva som er hensikten med samarbeidet. Ansatte på helsestasjonen beskrev hensikten å være:

- trygge foreldrene i sin omsorgsrolle og gjøre det trygt for barna å være hjemme,
- få oversikt over hvilke instanser familien samarbeider med,
- få til gode oppvekstvilkår for barn og deres familier,
- få til det beste tiltaket på lavest mulig nivå.

Ansatte fra barnevernet beskrev hensikten til å være å innhente informasjon for å kartlegge barnas situasjon, ut i fra innholdet i bekymringsmeldingen.

Deltakerne hadde delte meninger om hvordan det tverrfaglig samarbeidet arter seg i praksis. Ansatte på helsestasjonen hadde ulike erfaringer med tverrfaglig samarbeid med barnevernet. Der en hadde opplevd å bli overlatt til seg selv i samarbeidet, mens en annen fortalte om godt samarbeid rundt alvorlige saker med jevnlig dialog og veiledning fra barnevernet. Det ble også uttalt fra helsestasjonsansatte at de ikke opplevde at er noe samarbeid, som kan illustreres ved følgende sitat:

HS4: «Jeg kjenner vel på at det ikke er noe samarbeid, vi skriver bekymringsmeldinger og svarer ut anmodninger. Men følelsen av at vi sitter på hver vår tue er veldig tilstede».

Samtidig påpekte flere både i barnevernet og ved helsestasjonen at tverrfaglig samarbeid var viktig for å gjøre en god jobb rundt barn og familier. For å bedre dette, foreslo ansatte i barnevernet å prioritere tid til felles møter mellom tjenestene for å utveksle informasjon om tema som: hva består arbeidsoppgavene av, hvilke roller har fagfolkene og hvordan kan tjenestene samarbeide bedre. Andre forslag var at fagfolkene avklarer rollene i det tverrfaglige arbeidet seg imellom. Det ble også påpekt at god kunnskap om barnevernets arbeid kan gjenspeiles i hvordan helsestasjonen presentere barnevernet ovenfor familier for så å øke kvaliteten på samarbeidet. En barnevernsansatt foreslo at helsestasjonen er med i møter hos barnevernet når de har meldt bekymring. Og at dette kunne ha en positiv effekt ovenfor familien og gjøre opplevelsen mindre skremmende.

Ansatte på helsestasjonen gav utrykk for at de ble utelatt fra barnevernets arbeid rundt familier. Flere kom med forslag på at de kan kalle inn til ekstra vektkontroller og/eller ekstra hjemmebesøk for å bidra mer.

Deltakerne fremstod med respekt og anerkjennelse av den andre tjenestens kunnskap og styrke. Ansatte fra barnevernet poengterte viktigheten av at helsestasjonen kan gi råd og veiledning til foreldre, både til de som har kontakt med barnevernet, og til de som ikke har

det. En påpekte at helsestasjonen har særskilt kompetanse på denne aldersgruppen og at det er de som skal følge opp familien i etterkant av en undersøkelse hos barnevernet.

BV3: «å gjøre hverandre gode (..) som til syvende og sist vil være bra for de familier som trenger at samarbeidet fungerer godt».

Deltakernes erfaringer og synspunkt i denne underkategorien viser til ulike relasjonelle faktorer som relasjons- og samarbeidskompetanse, men også organisatoriske faktorer med rutiner, felles mål og koordinering av samarbeidet.

5.1.2 Personavhengig

Flere av spørsmålene i intervjuguiden omhandlet faktorer som kan påvirke tverrfaglig samarbeid. Gjennom analysen ble det et tydelig tema at samarbeidet kan oppleves å være personavhengig og bygge på tilfeldigheter. Temaet kom til uttrykk gjennom deltakernes fortellinger om egne erfaringer.

Ansatte på helsestasjonen fremstod noe mer kritiske til de ansatte i barnevernet enn motsatt. Det ble begrunnet ut i fra negative opplevelser, som at de kunne føle seg overlatt til seg selv, manglende informasjonsflyt eller ikke få tilbakemeldinger etter endt undersøkelse. Helsestasjonsansatte uttrykte ønsker om at fagfolk i barnevernet skulle være ydmyke, interessert, engasjert og utføre et godt faglig arbeid.

Ansatte i begge tjenesten påpekte at det å ikke ha kjennskap til hverandre eller tjenesten, kunne medføre hindringer i tverrfaglig samarbeid. Samarbeidet rundt familier kunne bli tilfeldig og ikke bygger på rutiner og struktur. En ansatt i barnevernet uttalte at det kunne føre til høy terskel for å melde bekymring. Flere deltakere fra begge tjenesten kom med forslag på å ha egne kontaktpersoner for å bøte på slike hindringer. Det ble begrunnet med at en kontaktperson gjøre det enklere å ta kontakt, forhindre at samarbeidet bygger på tilfeldigheter, gi økt kjennskap til hverandres tjenester og at det kunne initiere til felles treffpunkt som kurs eller fagdager.

BV3: «Det er litt personavhengig hvem man samarbeider med (..) hvis jeg er tydelig på at vi ønsker å samarbeide, vi i barneverntjenesten, og hvis vi er tydelige på hensikten med samarbeidet. Og at vi er tydelige på at det er må være en gjensidighet, vi må gi opplysninger, så opplever jeg at de er mer villige til å gi. Hvis jeg er tydelig på hvorfor».

Sitatet er et eksempel på refleksjoner rundt opplevelsen av at samarbeidet er personavhengig. Men kan også ses på som eksempel knyttet til roller og definisjonsmakt.

At tverrfaglig samarbeid kan oppleves å være personavhengig gjenspeiler relasjonelle faktorer. Sitatet eksemplifiserer viktigheten av relasjons- og samarbeidskompetanse, samt bevissthet om definisjons- og profesjonsmakt. Tema personavhengig kan også ses i sammenheng med organisatoriske og prosessuelle faktorer.

5.1.3 Tillit

Tillit fremkom som en underkategori ved tverrfaglig samarbeid i analysen og handlet om forhold på individ- og system nivå. Det ble ikke spurt eksplisitt om tillit gjennom intervjuguiden.

Tillit til den andre tjenesten ble trukket frem av flere deltakere. Ansatte på helsestasjonen påpekt at tillit kan bli et dilemma ovenfor familiene når helsestasjonsansatte er bekymret og vurderer å melde bekymring til barnevernet. Noen fortalte at de ofte forsøker å ha samarbeid med andre instanser rundt familien først, før de sender bekymringsmeldinger. De opplever at de bryter tilliten til familien med en gang de sender bekymringsmelding. Andre fortalte at de kunne bruke tid på å gi informasjon og trygge foreldre på at barnevernet en hjelpetjeneste. Flere fra helsestasjonen gav uttrykk for at de ønsket tettere samarbeid etter sendt bekymringsmelding eller mottatt anmodning om informasjon. Samtidig uttrykte de at det var barnevernets oppgave å få samtykke til samarbeidet.

HS5: *«At de innhenter samtykke, at de tar kontakt med oss. At de samarbeider. Kan være med på ting vi».*

Ansatte i barnevernet gav uttrykk for at det var deres oppgave å legge til rette for videre samarbeid med familien ut i fra mottatt bekymringsmelding. Flere fra barnevernet påpekte at innhenting av samtykke burde ses i sammenheng med tillit mellom fagfolkene. En ansatt påpekte at tilliten til barnevernet i samfunnet generelt sett bør bedres. Mens en annen tok opp at føringene for samtykke til samarbeid og generelt samarbeid mellom tjenesten ligger hos barnevernet, men at det ikke behøver å være slik.

Deltakernes refleksjoner knyttet til tema tillit belyser viktigheten av å sette av tid til å enes om fellesmål og felles problemforståelse, samt tid til å avklare roller og ansvarsfordeling. Temaet

viser også hvordan profesjonsmakt og definisjonsmakt gjør seg gjeldene i praktisk arbeid mellom de ulike instansene.

5.2 Juridiske rammer

Denne hovedkategorien omhandler deltakernes refleksjoner rundt tema knyttet til juridiske rammer og bruken av regelverk som taushetsplikt, samtykke til samarbeid, opplysningsplikt og meldeplikt. De juridiske rammene for arbeidet hadde flere spesifikke spørsmål knyttet til seg underveis i intervjuene. I samtlige intervjuerne ble taushetsplikten mye omtalt og fremstod som et stort tema i analysen. Kategorien er delt inn i fire underkategorier: Rettsikkerhet, taushetsplikt, samtykke og meldeplikt.

5.2.1 Rettssikkerhet

Ansatte i begge tjenestene var opptatt av barna som eget rettssubjekt, og at hensynet til barnets beste gjør at instansene både kan og skal samarbeide. Deltakerne fremstod som samstemte i å ha et barne- og familieperspektiv i sitt arbeid, og påpekte at barnas situasjon var grunnlaget for arbeidet. Fokus på barneperspektivet kan medføre at det oppstår dilemmaer rundt hvilket behov og juridiske rettigheter som skal veie tyngst: barnas eller foreldrenes. Ansatte i barnevernet viste til at barns rettsikkerhet kan ivaretas gjennom dialog med helsestasjonen. Dette kan ses opp mot barnekonvensjon der barn har rett til helsehjelp og til å bli hørt selv når de er små. Flere av deltakerne fra barnevernet påpekte at det må foreligge et samtykke fra foreldrene for å kunne ha fri dialog med helsestasjonen.

BV5: «har jeg ikke fått samtykke, er det jo sånn at det ikke er så mye mer man kan gjøre med det da, enn å prøve å motivere foreldrene til det. Men det er klart, der er jo heller ikke alltid så lett heller da, og man skal være litt forsiktig med det. For man skal jo akseptere et nei for et nei også».

En ansatt på helsestasjonen gav uttrykk for at norsk lov beskytter foreldrene. Men en annen trakk linjene videre til de komplekse sakene og påpekte at mangel på informasjon på grunn av taushetsplikten kunne medføre at familien ikke ble sett som en helhet. Denne påpekte at det i liten grad kommer bekymringsmeldinger fra sykehus eller andre instanser selv om familien

kan ha en bekymring knyttet til seg fra før fødsel. Komplekse saker krever mer informasjon slik at helsestasjonen kan fange opp mer.

Denne underkategorien peker på prosessuelle og kontekstuelle faktorer ved refleksjoner på barnet som selvstendig rettssubjekt og de juridiske bestemmelsene knyttet til dette. De ansatte i både barnevernet og helsestasjonen var opptatt av at barn har krav på både en god utvikling og beskyttelse, jf. barnekonvensjonen. Samtidig som de var bevisst foreldres rettigheter og ansvar.

5.2.2 Taushetsplikt

I intervjuguiden var et av spørsmålene direkte knyttet til taushetspliktens rolle i tverrfaglig samarbeid, og deltakerne kom med utfyllende svar. Generelt fremstod de ansatte på helsestasjonene som samstemte i at taushetsplikten kan medføre barrierer for samarbeid, og de uttrykte et ønske om endringer av rutinene som gjelder for samtykke til samarbeid. Flere fra helsestasjonen gav uttrykk for at barnevernets taushetsplikt overgår andres taushetsplikt. En tok til ordet for at taushetsplikten ikke skal være til hinder for samarbeid:

HS4: «vi jobber jo under, ikke sant, strenge retningslinjer og taushetsplikter og forskjellige reglement eller ulike reguleringer i barnevernet og oss. Men jeg tenker at vi må, vi må ikke bruke det til hinder da, til samarbeid (..), jeg har aldri opplevd at det er noe problem. Jeg tenker jo at vi må jo uansett ha foreldrene med på laget.»

Ansatte i barnevernet var også delt i synet på taushetsplikten. Noen uttalte at dette var en plikt som man må forholde seg til grunnet foreldrenes rettsikkerhet. De så det som et hinder for samarbeid hvis foreldre ikke samtykker. Andre tok til ordet for at de som ikke samarbeider har misforstått taushetsplikten som mulighetene til å samarbeide til barnets beste, og ut i fra at begge tjenestene er underlagt veldig strenge taushetspliktsregler.

Flere av deltakerne hadde opplevd dilemmaer som følge av taushetsplikten. Fra helsestasjonen sin side ble det trukket frem at saker ikke ble diskutert godt nok, mangel på informasjon medførte at de ikke fikk fulgt familien godt nok opp i konsultasjoner, at helhetssituasjonen til barnet og familien ikke ble godt nok belyst. Det kom også frem forslag om en felles taushetsplikt for alle som jobber med barn under 12 år.

HS5: *«Det er jo ikke det at vi skal vite detaljer som har kommet frem. Vi trenger å vite grove trekk i hva jobber de med, så støtte (..) gikk det bra hos barnevernet?»*

Fra flere ansatte i barnevernet ble det påpekt at taushetsplikten kunne gi dilemmaer som det å skille på hva instanser og samarbeidspartnere trenger å vite versus ønsker å vite, men at dette også handler om familiens rettsikkerhet og samtykke til samarbeid. En fra barnevernet uttrykte forståelse for ansatte ved helsestasjonen sin frustrasjon over å ikke få informasjon.

I denne underkategorien kommer det frem eksempler på hvordan taushetsplikten er en del av prosessuelle-, relasjonelle og organisatoriske faktorer som påvirker samarbeidet mellom helsestasjonen og barnevernet. Deltakernes synspunkt belyser momenter knyttet til barn- og foreldre sin rettsikkerhet, tillit, profesjon- og definisjonsmakt. I denne kategorien fremkom det at taushetsplikten og bruken av denne, er noe ansatte i både barnevernet og helsestasjonen daglig gjør vurderinger rundt bruken av.

5.2.3 Samtykke

Ansatte både på helsestasjonen og i barnevernet tematisert at samtykke til samarbeid handlet om flere forhold knyttet til informasjon og rutiner. Ansatte i barnevernet fortalte at foreldre kunne være redde når de kom i kontakt med barnevernet, og det var viktig å gi god informasjon slik at samtykke ikke bare var et samtykke, men bygget på god informasjon og forståelse.

BV1: *«jeg tenker at hvis man får samtykk og kontaktpersonene er flik i starten til å informere foreldre om rettigheter og samtykke til innhenting og samtykke til samarbeid, så vil det være til stor nytte og hjelp samarbeidet videre».*

Samtidig gav flere ansatte i barnevernet uttrykk for at de i de fleste tilfeller fikk samtykke til samarbeid med andre.

De ansatte på helsestasjonen gav uttrykk for at barnevernet hadde et forbedringspotensial på å innhente samtykke. Flere gav uttrykk for at samtykke til samarbeid med helsestasjonen burde være en standard rutine, spesielt ut i fra barnas alder og modning.

Resultatene i denne underkategorien viser til de prosessuelle faktorene i tverrfaglig samarbeid. Rutiner og informasjonsarbeid både ovenfor familier og samarbeidspartnere er viktige fokusområder i tverrfaglig samarbeid. De fleste deltakerne uttrykte ønske om en

rutineendring på dette området, for å kunne samarbeide tettere instansene imellom og for å gi bedre hjelp til familiene.

5.2.4 Meldeplikt

Opplysningsplikt og meldeplikt ble berørt gjennom direkte spørsmål underveis i intervjuene med helsestasjonsansatte. Mens det blant ansatte i barnevernet kom opp underveis som svar på andre spørsmål.

Flere av deltakerne med tilhørighet på helsestasjonen, tematiserte hvordan meldeplikten kan gi utslag i deres forhold til foreldrene og familiene. På den ene siden kunne de være bekymret for barnet, men på den andre siden anså de også viktigheten av at foreldrene fortsatte å benytte seg av tilbudet på helsestasjonen.

HS5: «det som skjer hos oss nå (..) er det noe hjelp å melde barnevernet? Skal vi heller holde på familien, så vi ikke får tillitsbrudd».

Gjennom intervjuene fremkom det at flere av de ansatte på helsestasjonen hadde negative erfaring med å sende bekymringsmeldinger til barnevernet. Flere uttrykte at de ikke visste hva som hadde skjedd etter at de hadde sendt en bekymringsmelding, da de ikke hadde mottatt tilbakemelding etter sendt melding eller etter avslutning av en undersøkelses sak. På den annen side opplevde helsestasjonsansatte at en stor del av deres arbeid er å svare på anmodninger fra barneverntjenesten. De fleste gav uttrykk for ønske om mer informasjon fra barnevernet fordi mangel på informasjon kan gi utfordringer i videre arbeid med familier.

Ansatte i barnevernet gav uttrykk for at formålet med samarbeidet mellom helsestasjonen og barnevernet handlet om å innhente informasjon slik at saken kunne bli best mulig belyst. Flere gav uttrykk for at nettopp helsestasjonens informasjon vedr. oppfølgingen av små barn, var vesentlig for informasjon om barnets utvikling og livssituasjon. Barnet er for lite til å gi uttalelser selv, men også informasjon om familiens oppmøte til konsultasjoner på helsestasjon anses som vesentlig.

Ansatte i både barnevernet og på helsestasjonen tok opp konsultasjonstiden helsestasjonsansatte har med familier. Denne tiden skal romme mye og bør utvides slik at det kan gjøres grundigere observasjoner av barn og foreldre. En påpekte at arbeidet inneholder mye fokus på behandling og i mindre grad forebygging, ut i fra at informasjonsarbeid og

samtaler med foreldrene ikke medførte at de fikk avdekket foreldres rusmisbruk eller vold i nære relasjoner.

Ansatte i begge tjenestene tok opp knapphet på ressurser og ansatte med lang erfaring ble påpekt som en mangel hos flere tjenester. Ansatte på helsestasjonene tok opp dilemma om man skal «vente å se» eller sende bekymringsmelding med en gang. Noen tok opp at de kunne vente for lenge med saker og ønsket et forebyggende barnevern som kunne komme tidligere inn.

Gjennom intervjuene kom det frem at helsestasjon ansatte meldte bekymring på ulike forhold som: psykisk uhelse hos foreldrene, bekymring for voksnes fungering i foreldrerollen, samspill mellom barn og foreldre, ytre faktorer rundt familien som kan innebære at totalbelastningen blir for stor for familien, samt rus hos gravide. De fleste helsestasjons ansatte gav uttrykk for at dette handlet om skjønsmessige vurderinger og med utgangspunkt i flere forhold.

HS2: «det er ikke alltid så lett på den korte tiden og da tar jeg jo gjerne inn igjen under påskudd av vektkontroll eller litt sånn at vi snakker videre om tema».

Meldeplikten var et noe mindre tema med de ansatte i barnevernet. En fortalte at den hadde opplevd flere ganger at meldeplikten ikke var overholdt av helsestasjonen, de kunne sitte på ny og viktig informasjon som kunne medføre at saken kunne belyses fra flere sider. En annen tok opp at den hadde mottatt meldinger der foreldre samtykket til at det ble sendt bekymringsmelding underveis i graviditeten.

De ansatte på helsestasjonen trakk frem at betydningen av å drøfte med leder, var noe mindre fremtreende, men anonyme kollega drøft ble trukket frem som svært viktig. Det samme ble muligheten for å drøfte anonymt med barnevernet. En uttalte at anonyme drøft med barnevernet var med å øke rettsikkerheten til de ansatte på helsestasjonen.

Opplysningsplikt og meldeplikt kan påvirke det tverrfaglige samarbeidet på relasjonelle-, prosessuelle- og organisatoriske områdene på både individ og systemnivå. På individ nivå handler det å sende bekymringsmelding om å gjøre vurderinger og avveininger ovenfor barnet og familien. På system nivå handler det om kjennskap til rutiner, bruken av disse og informasjonsarbeid tjenestene imellom.

5.3 Forebygging

Denne hovedkategorien omhandler deltakernes refleksjoner på forebygging. Tematikken ble etterspurt i intervjuene. Hovedkategorien er inndelt i tre underkategorier: tidlig innsats, kunnskap og kompleksitet og helhetsperspektivet.

5.3.1 Tidlig innsats

Deltakerne uttrykte at tverrfaglig samarbeid bør ligge til grunn for å kunne jobbe forebyggende. Det kan illustreres ved følgende sitater:

HS1: *«å få etablert et godt samarbeid med barneverntjenesten før du føder barn (..) at du har barneverntjenesten tilgjengelig for familien (..) avtale at ting skal være åpent, sånn at ikke mor går å være redd».*

BV4: *«Hensikten med samarbeidet er jo at vi skal komme tidlig inn, i hvert fall når det gjelder de barna som ikke er født enda, eller de spe og små barna da. At vi skal komme tidlig inn og ruste foreldrene til å skulle klare det og særlig forhindre at det skjer noe akutt».*

Flere av de ansatte på helsestasjonen gav uttrykk for at barnevernet i liten grad hadde tid eller anledning til å arbeide forebyggende og at barnevernet uteble fra tverrfaglig fora. Mens flere ansatte i barnevernet gav uttrykk for at det å motta bekymringsmeldinger på et tidlig stadium, før det var oppstått alvorlige belastninger eller akutte hendelser, anses som forebyggende arbeid. Ansatte i barnevernet påpekte at helsestasjonen kan oppleve veien inn til hjelp i regi av barnevernet for omstendelig, og derfor lar være å sende bekymringsmelding. Enkelte påpekte også at informasjon til helsestasjonen om hva en skal melde bekymring på og hvordan også var en del av det forebyggende arbeidet.

Ansatte i begge tjenestene uttrykte at barnevernet burde jobbe mer forebyggende, og flere kom med forslag på at barnevernet burde organiseres med en forebyggende del og en del rettet mot omsorgsovertakelse.

I denne underkategorien fremkommer det at flere av deltakerne både fra barnevernet og helsestasjonen, peker på viktigheten av at barnevernet har en forebyggende del. Denne underkategorien kan ses i sammenheng med hovedkategori tverrfaglig samarbeid, da deltakerne fremstod som samstemte om et behov for tettere tverrfaglig samarbeid for å kunne ha et forebyggende fokus ovenfor barn og familier.

5.3.2 Kunnskap og kompetanse

En annen underkategori handler om kunnskap og kompetanse hos fagfolk. Det ble ikke etterspurt eksplisitt om denne tematikken gjennom intervjuguiden, men var et tema deltakerne selv tok opp.

Deltakere fra begge tjenestene påpekte viktigheten av at fagfolk har kunnskap og kompetanse rundt barns strev og behov. Og at dette kan handle om ulike former for omsorgssvikt eller at barn lever med eller utsettes for vold. Men også behov for informasjon og kunnskap om hva fagfolk skal se etter av tegn og symptomer og hvordan en går frem når man er bekymret. Flere påpekte også at ulike tjenester kan ha behov for informasjon om hva barnevernet kan bidra med av hjelp ovenfor utsatte familier.

HS3: *«Vi merker det jo når vi blir bekymret, så det er snakk om det å tørre å se og kjenne på den bekymringen og grunne litt på den og plassere den. Og så bare tørre å følge opp på det».*

BV2: *«Jeg tenker man er tjent med å ha bedre og tettere samarbeid og at foreldre kan samtykke til tidlig innsats tiltak. For det er jo veldig mange som ikke gjør og da kan de jo ikke sende melding før det på en måte ligger en bekymring der».*

Ansatte fra barnevernet fortalte om familier som hadde hatt flere belastninger rundt første barn, og at helsestasjonen kunne sende bekymringsmelding når neste barn var ventet, også i samarbeid med foreldrene. Ansatte i begge tjenestene fortalte om betydningen av at sykehuset også sender bekymrings meldinger og kobles på familien før barnet ble født. Kunnskap og kompetanse på at barn og deres familie kan være sårbare og stå i en belastende livssituasjon og betydningen av samarbeid og involvering av flere instanser som jordmortjenesten og barnehager ble også trukket frem av deltakerne. Det samme gjaldt behovet for at fagfolk ser familiens ressurser og nettverk, og hvordan dette kan være til støtte ovenfor familier. Sitatet under viser hvordan sårbare barn og deres familie kan ha sammensatte og komplekse vansker og hvilke dilemmaer ansatte på helsestasjonen og i barnevernet står ovenfor.

HS6: *«med en gang familiene ikke samtykker til at barnevernet får samarbeidet oss, så vet vi ingen ting. Så vi sitter jo med familier der det er kanskje er ungdomskriminalitet, rus. De har yngre søsken som går hos oss, og vi aner ingen ting (..) tenker jeg er uheldig for de små i familien, hvis vi skal tenke barnets beste (..). Når vi vet hvordan påvirkning kan skje i en*

familie og hvordan dette vil påvirke en familie, eller meste sannsynlig gjør da. (..) Vi har jo taushetsplikt, at vi kunne hatt litt mer felles forståelse for at vi kunne drøftet litt mer».

Resultatene i denne underkategorien tydeliggjør sammenhengen mellom forebyggende arbeid og kompleksitetsteori. Kunnskap, felles forståelser for tegn, symptomer og uttrykk, gode rutiner anses som viktig både for å kunne avdekke og gi riktig hjelp på et tidlig tidspunkt. Sitatene viser til behovet for relasjon og tillit til familier, bruk av taushetsplikten og kompleksiteten i sakens kjerne og i det tverrfaglige samarbeidet.

5.3.3 Helhetsperspektivet

Denne underkategorien omhandler deltakernes synspunkt på hvordan forebygging og tverrfaglig samarbeid kan gi bedre helhetlige hjelp til familier.

Flere deltakere fra begge tjenestene gav uttrykk for at tjenestene har helhetsperspektivet i fokus for arbeidet. Deltakerne kom med flere forslag på ulike måter å få til tettere samarbeid for å kunne gi bedre helhetlig hjelp til barn og familier: endring i organiseringen av tjenestene som å plassere de i samme enhet, bedre kjennskapet til hverandre, ønske om egne kontaktpersoner, felles møteplasser og samarbeidsmøter, felles kurs og veiledning, informasjonsarbeid og samlokalisering. Det kom også flere forslag på hvordan samarbeidet bedres gjennom å avklare roller og ansvarsfordeling i saken det samarbeids om.

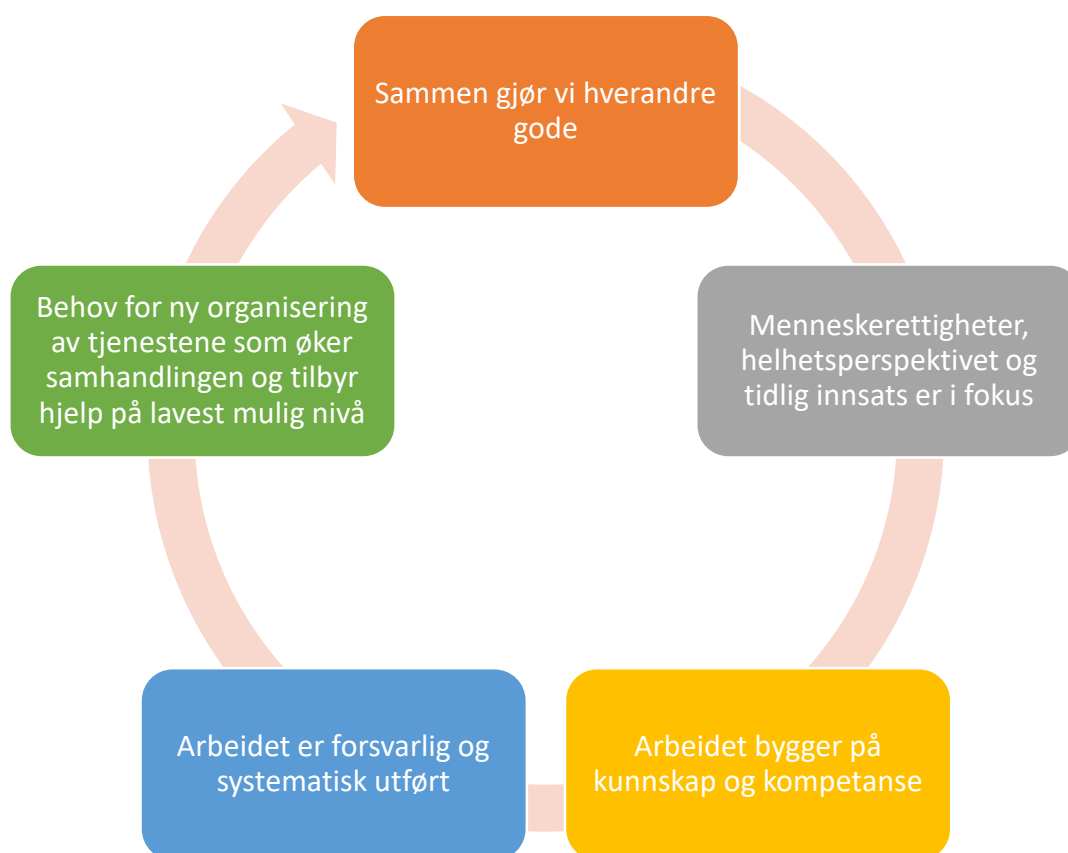
HS4: «Vi er jo veldig opptatt av å få en rød tråd, helt fra svangerskap helt opp til videregående. Og her burde jo barnevernet vært (..)Den røde tråden, sånn at vi gjør dette og dere gjør dette og det er en mening med det».

Denne underkategorien handler om deltakerens innspill på forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid. Refleksjonene viser til flere aspekter som påvirker tverrfaglig samarbeid innenfor prosessuelle-, organisatoriske- og kontekstuelle forhold.

5.4 Oppsummering

Resultatene i studien viser at deltakerne har både sammenfallende og ulike synspunkt rundt tverrfaglig samarbeid mellom tjenestene både på individ og systemnivå. Samtlige deltakere uttrykte et ønske om bedre tverrfaglig samarbeid for at barn og deres foreldre skal få helhetlig

hjelp. Deltakerne var samstemte i ha fokus på barnet i arbeidet og anså barn som eget rettssubjekt, med behov og interesser som kanskje ikke sammenfaller med foreldrenes. Flere av deltakerne poengterte ulike etiske, faglige og juridiske dilemmaer som kan oppstå i tverrfaglige samarbeid og kom med forslag på ny organisering av tjenestene. Ny organisering kan bøte på noen av utfordringene og medføre mer arbeid rettet mot tidlig innsats og lavterskel, som at barnevernet og helsestasjonen organiseres i en enhet eller samlokaliseres, at barnevernet organiseres med en del rettet mot lavterskeltilbud og en mer mot omsorgsovertakelse, at det etableres kontaktpersoner i de ulike tjenestene og gis mulighet for deltakelse på felles møter med barn og dets familie, samt at det skapes felles møteplasser for formelle og uformelle treffpunkt. Eksempler deltakerne trekker frem viser at de samarbeider om komplekse saker, men også at samarbeid mellom tjenesten kan være komplekst. Nedenfor er resultatene illustrert som en sirkel, for å vise hvordan delene virker inn på helheten, se figur 3.



Figur 3. Resultatene illustrert som en sirkel

6. Drøfting

Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsmetode hvor tjenester og fagfolk samhandler om felles mål. Det kan være flere målsetninger i et tverrfaglig samarbeid 1) å gi helhetlig tjenester til barn og deres familier og 2) å styrke samhandlingen mellom tjenester og 3) å øke kompetansen og kunnskapsnivå hos fagfolk, for å bedre kvaliteten på hjelpen (Glavin og Erdal, 2018, s. 22-28).

Et helhetlige tjenestetilbud handler om å se mennesker i et helhetsperspektiv ut i fra et folkehelse og livsmestringsperspektiv, der tjenester samarbeider og fremstår som samstemte. Tjenester kan styrke sin samhandling gjennom økt kjennskap til hverandre og kompetanseheving på faglige og juridiske emner, og således heve kvaliteten på samarbeidet og den hjelpen som tilbys barn og foreldre. Tilsynsrapporter og barnevernfaglig forskning har vist at hjelpetilbudet fremstår som fragmentert (FAFO, 2020, s. 7). Der tverrfaglig samarbeid både kan berike og medføre utfordringer i hjelpetilbudet (BLID et al., 2013, s. 1).

I 2022 og 2023 trer barnevernsreformen og endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) i kraft. I begge lovtekstene vektlegges økt samhandling mellom tjenester og begrunnes med at samarbeid kan føre til at hjelpen blir bedre tilpasset barn og deres foreldres behov. I tillegg har barnevernsreformen økt fokus på tidlig innsats, at ressursbruken effektiviseres, oppgaveløsningen bedres og at god rettsikkerhet legges til grunn for vurderinger og avgjørelser. Et ledd i å nå målene til barnevernsreformen er å samle det familiestøttene arbeidet i kommunen (Prop. 73 L (2016-2017), s. 7, 30 og 56).

Etter mitt synspunkt kan barnevernsreformen ses på som en oppvekstreform. Da målet er at barns helhetlige behov er i sentrum for kommunen samlede innsats på å bedre barns oppvekstvilkår. Et sektorovergripende arbeid som bygger på kunnskap og fokus på menneskerettigheter, forebygging og tverrfaglig samarbeid.

Barn og familier som har komplekse problemer, følges oftere opp av flere tjenester enn andre. Det er avdekket at hjelpen til disse familien kan glippe selv med mange hjelpere rundt. Dette kan ses i sammenheng med at problemene er så sammensatte at det tverrfaglige samarbeidet krever stor grad av samordnet innsats. Der fagfolkene må ha anledning til å drøfte og reflektere rundt forståelsen av problemene og hvilke tiltak som kan iverksette og ikke, og om mulig finne alternative tiltak som kan utvikles.

Tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernet kan medføre at barn og deres familie får nyttig hjelp. Dette fordrer at begge tjenestene ser betydningen av hvordan tverrfagligsamarbeid påvirkes av ulike faktorer og søker å tilrettelegge for best mulige premisser for tverrfaglig samarbeid på system og individ nivå. Resultat i denne studien viser at deltakeren var samstemte i å ha fokus på både barne- og helhetsperspektivet i arbeidet med barn og deres familier. Flere påpekte at tjenestene utfyller hverandre og kom med forslag på hvordan organisering kan gi bedre lavterskeltilbud og mer tilgjengelig hjelp for flere. Lavterskeltilbud kan etter mitt syn bidra til at tjenester tilbyr barn og familier hjelp på et tidlig stadium i problemutviklingen og gjør aktiv handling istedenfor å innta en «vente og se» holdning.

Deltakerne i denne studien opplevde å ha felles kunnskapsgrunnlag og forståelse av de utfordringer barn og deres familie kan stå i. Deltakerne var samstemte i ønsket om bedre og tettere tverrfaglig samarbeid ut i fra at dette kan bidra til nyttig hjelp til barn og familier. Samtidig kom det frem eksempler på at dette kan være både komplisert og vanskelig, deltakernes ulike oppfatninger av hensikten med samarbeidet kan illustrere dette.

Deltakerne fremstod som motiverte for å delta i tverrfaglige samarbeid, men allikevel kan oppstå barrierer i samarbeidet, ofte ut i fra at ulike faktorer påvirker familien, arbeidet og systemene rundt. I tverrfaglig samarbeid må fagfolk og tjenester tilrettelegge for mangfold og se betydningen av at dette gir et bedre og grundigere beslutningsgrunnlag og i tillegg kan utvide forståelsen av barn og deres familiers utfordringer. Det er familien som må bestemme om den hjelpen som gis nytter og er godt nok koordinert (Prop. 73 L (2016-2017), s. 56).

Tilsynsrapporter, offentlige rapporter og utredninger og barnevernfaglig forskning viser at tverrfaglig samarbeid byr på utfordringer. Mange faktorer påvirker tverrfaglig samarbeid, og det kan være vanskelig å finne ut av om det er delene eller helheten som vanskeliggjør prosessene. I ett tverrfaglig samarbeid kan deler være både enkelt individ og tjenester, mens helhet kan være hele team og store sektorer. Velfungerende tverrfaglig samarbeid har god kjennskap til hverandres tjenester, nok tid til å samarbeid, felles rutiner og møte arenaer, fokus på kompetanseheving og utnyttelse av ressurser, en tydelig samarbeidskultur og et samarbeidsklima som bygger på anerkjennelse og trygghet (Lone et al., 2019, s. 38; FAFO, 2020, s. 69). Ved at fagfolk og tjenester integrerer hverandres kunnskap, kan det skapes ny viten, merviten, som de ikke kunne oppnådd hver for seg (Willumsen, 2017, s. 39). På den annen side kan tverrfaglig samarbeid medføre ansvarsfraskrivelse, blindsoner og svikt i

tilbudet til barn og deres familier som igjen kan medføre store belastninger og kostnader for enkelt personer og samfunnet for øvrig (NOU 2017:12, s. 15; FAFO, 2020, s. 7; Forskningsrådet, 2020, s. 6). Ulike juridiske rammer, ansvarsforhold, økonomi og manglende strukturer mellom tjenester trekkes frem som eksempler på barriere for tverrfaglig samarbeid (0-24-samarbeidet, 2019, s. 4; FAFO, 2020, s. 68).

I teori om tverrfaglig samarbeid beskrives relasjonelle-, prosessuelle-, organisatoriske- og kontekstuelle faktorer som momenter som påvirker samhandlingen (Reeves et al., 2010, s. 57-58). Eksempler på relasjonelle faktorer er roller, samarbeidskompetanse, samarbeidsklima, kjennskap til andre tjenester, samt definisjons- og profesjonsmakt. Resultat i studien viser til at relasjonelle faktorer i stor grad påvirker det tverrfaglige samarbeidet. Samarbeidet kan oppleves å være personavhengig, avhenge av enkelt ansattes tillit, samarbeidskompetanse, ressurser og ansvarsforhold. Det ble også påpekt at lite kjennskap til andre tjenester, kan være et hinder for velfungerende samarbeid. Enkelte deltakere trakk frem at det ikke settes av tid til å avklare roller og ansvar, at det ikke enes om hva som er målet, og hva den enkelte kan eller ikke kan bidra med i form av kompetanse. Ansatte på helsestasjonen fortalte at de også kunne tilby ekstra kontroller og hjemmebesøk for å bidra mer i barnevernets arbeid med familier. Dette viser viktigheten av å ha forståelse for de ulike tjenestene sine oppgaver, hva de kan tilby i samarbeidet og at samarbeidet kan bli skjørt når det er personavhengig. Dette sammenfaller med hvordan tverrfaglig samarbeid påvirkes av fagfolkernes trygghet i eget fag, har realistiske forventinger til samarbeidet, felles problemforståelse, samarbeidskompetanse og kunnskap om andre sektorer (Glavin og Erdal, 2018, s. 15, 33 og 38; Rathe et al., 2018, s. 6).

Etter min vurdering av det som kommer frem i faglitteraturen og i denne studien må et trygt samarbeidsklima ligge til grunn før fagfolk kan starte prosessen å jobbe sammen om felles mål for arbeidet. Dette fordrer tillit, anerkjennelse, godt kjennskap, god ledelse og nok ressurser i form av tid eller møteplasser for å få dette til. Tillit og anerkjennelse handler om relasjons og samarbeidskompetanse. Der evne til samarbeid og relasjon påvirker både samarbeid mellom de profesjonelle, men også ovenfor barn og deres familier. Tillit kan også handle om profesjons og definisjonsmakt som medfører synlig og usynlige maktforhold mellom de involverte tjenesten, som igjen kan påvirke kommunikasjon, trygghet, tillit og hvilken rolle fagfolkene inntar. Det handler også om hvem som er premissleverandør for samarbeidet og forståelsen av problem og/eller behov (Reeves et al., 2010, 59-66; Ødegård, 2017, s. 122). Slik makt påvirker interaksjonen fagfolkene imellom, men også interaksjonen

mellom barn og foreldre og fagfolk, der de kan bli spørsmål om hvem som eier problemet, forståelsen av dette og hva som anses som nyttig hjelp. Åpenhet om at ulike tilnærminger til forståelsen av utfordringene kan føre til ny viten må ligge til grunn, og rutiner på systemnivå må muliggjøre dette.

Resultat i denne studien viser at profesjonsmakt og definisjonsmakt kom til syne ved deltakerens synspunkt på ansvarsfordeling rundt å innhente samtykke til samarbeid, hvordan et samarbeid rundt familier kan utarte seg, samt hvilke kjennskap og tillit deltakerne har til de ulike tjenestene. Det ble også tatt opp at barn og familiers rettsikkerhet og medvirkning i hjelpen også må tas hensyn til i arbeidet. Som sammenfaller med at barn skal oppleve å bli lyttet til og bli tatt på alvor og at barnevernsatte hovedoppgave er å tale barns sak og tilrettelegge for nødvendig hjelp (Prop. 73 L (2016-2017), s. 38)

Dette kan ses i sammenheng med tilliten til barnevernet i samfunnet for øvrig, og hvordan ansatte i helsestasjonen påpeker at de må «selge inn barnevernet» som hjelpetjeneste ovenfor familier. Deltakere fra begge tjenester fortalte at de ønsket at familier skal få tidlig hjelp til å klare seg selv, uten at det ble for store belastninger eller høy grad av omsorgssvikt. Dette sammenfaller med barnevernets posisjon i samfunnet, der barnevernet må være tilgjengelig og å ha tillit i befolkningen så tjenesten kontaktes hvis det foreligger en bekymring for et barn (Prop. 106 L, (2012-2013), s. 25 og 38).

Et av målene i barnevernsreformen er at tverrfaglig samarbeid må innrettes på en slik måte at barn og deres familier opplever samarbeidet som godt koordinert og samordnet (Prop. 73 L (2016-2017), s. 56). For å få dette til er det viktig å ha kjennskap til hvordan prosessuelle og organisatoriske faktorer påvirker tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjonen og barnevernet. Eksempler på prosessuelle faktorer er ressurser, tid, rutiner, mens eksempler på organisatoriske faktorer er ledelse, overordnet koordinering av arbeidets struktur og mål for arbeidet (Reevs et al., 2010, s. 57-58).

Ansatte på helsestasjonen uttrykte mangler i samarbeidet med barnevernet, noen opplevde det så sterkt som at det ikke var et pågående samarbeid. Samtlige deltakere foreslo at dette kan bedres gjennom mer kjennskap til hverandres tjenester og mer tid til å finne felles mål om arbeidet. At det settes av tid og rom til å utvikle forståelse og kompetanse rundt arbeidet er viktig i tverrfaglig samarbeid, da kan samarbeidet gi bedre muligheter for hjelp til barn og familier, enn hva hver og en tjeneste kan gjøre på egen hånd (FAFO, 2020, s. 12).

Kompleksitet er en del av de prosessuelle faktorene. Kompleksitet kjennetegnes ved at det er

interaksjon mellom deltakerne, hvor uforutsette hendelser kan oppstå. Uforutsigbarheten kan påvirke barn og familier, men også fagfolk og tjenester som samhandler innad i et tverrfaglige samarbeidet. Familiers komplekse vansker medfører en ikke lineær årsak-virkning forklaring og svar, men at fagfolk og tjenester må avfinne seg med at det ikke er enkle løsninger med klar fasit. Av den grunn må det tilrettelegges for at tverrfaglige samarbeid muliggjør at fagfolk evner å stå i det uforutsigbare og gis muligheter til å finne alternative måter å forstå og løse familiers vansker på. I denne sammenheng er det viktig å belyse at fagfolkene må ha en bevissthet om at motivasjonen for samarbeidet kan synke, hvis samarbeidet ikke oppnår forventede resultater. Oppstår det uforutsigbare prosesser og hendelser, trenger fagfolkene muligheter til å komme frem til en felles forståelse om at denne type faktorer medfører at samarbeidet ikke lykkes og ikke samarbeidet i seg selv (Langsrud et al., 2020, s. 113-114).

I tilsynsrapporter og nyere forsknings rapporter uttrykkes det velvilje hos fagfolk til å samarbeide mer og bedre, samtidig påpekes det at rutiner ut i fra juridiske retningslinjer kan gi ulike dilemmaer. Deltakerne i denne studien gav uttrykk for at juridiske regler og lover kan være vanskelig å navigere i og rundt, men at hensyn til barn beste er viktig rettesnor. Deltakerne mente at endringer i taushetsplikten kunne gi større rom for samarbeid, men det ble også trukket frem at det er muligheter for samarbeid gjennom gjeldene lovverk. Rapporter peker på at lovverket rundt taushetsplikt, opplysningsplikt og meldeplikt er utydelig og oppfattes som et hinder (Kripos, 2019, s. 7; 0-24-samarbeidet, 2019, s. 4-5).

De juridiske bestemmelsene rundt taushetsplikt medfører gråsoner innen tverrfaglig samarbeid og særlig når barn og familier har komplekse vansker. Gråsonene kan gi seg utslag i dilemmaer rundt hvem som trenger å vite hva, til hvilket tidspunkt og ut i fra hvilken begrunnelse; hensynet til barnet, foreldrene eller tjenestene.

Deltakerne i denne studien påpekte at ansatte på helsestasjonen kan oppleve tillitsbrudd hos barn og deres familier hvis de må melde bekymring til barnevernet. Et tillitsbrudd kan medføre et relasjonsbrudd der barn og deres familie mister tiltro til helsestasjonens tilbud, det kan også medføre at barn og foreldre uteblir fra helsestasjonskontroll og at barn ikke får nødvendig helsehjelp (Bakketeig et al., 2019, s. 210). Flere av de ansatte på helsestasjonen la ansvaret over på barnevernet for å få til samtykke til samarbeid. På den annen side uttalte ansatte i barnevernet at de var opptatt av å opprettholde familiens tillit til helsestasjonen etter mottatt bekymringsmelding. Barnevernsansatte påpekte hvordan familiers rettsikkerhet er

avgjørende for å samtykke til samarbeid, og for å få gjennomført en bred kartlegging og total vurdering av barns omsorgssituasjon.

Et annet dilemma deltakerne i studien påpekte var rutiner rundt samtykke til samarbeid mellom tjenester. Dette ble også sett i sammenheng med taushetsplikten, informasjonsflyt rundt arbeid med barn og familier med komplekse vansker. I en barnevernssak har foreldre partsrettigheter som må etterfølges og deres synspunkt respekteres. Samtidig kan barnevernet innhente informasjon uten foreldrenes samtykke. Flere deltakere hevdet at rutiner for samtykke kunne oppleves som frustrerende. Ansatte fra helsestasjons ønsket at samtykke kunne være standardrutine, mens ansatte i barnevernet fortalte på sin side at de fleste foreldre samtykker til samarbeid. Ansatte i barnevernet påpekte at samtykket må bygge på god informasjon og ikke bygge på frykt eller tvang fra offentlige tjenester. Da det kan skape frykt og medføre tvil eller at barn ikke får den hjelpen de er i behov av. Dilemmaet gjør seg særlig gjeldene i de tilfeller hvor foreldre ikke samtykker til samarbeid mellom helsestasjon og barnevernet. Da det kan oppstå usikkerhet fagfolkene imellom og gi en ytterlig dimensjon til en evt. brudd i relasjonene mellom familien og helsestasjonen. At fagfolk har informasjon om ulike tjenesters ansvarsområde, rutiner og mandat antas å kunne avhjelpe i slike tilfeller. Deltakerne i studien påpekte at slike mangler kan medføre barrierer og at tiltaket kontaktperson kan være et bidrag inn for å gi mer informasjon, kunnskap og støtte mellom tjenestene.

Etter mitt syn kan relasjonelle og prosessuelle faktorer bidra inn mot at fagfolk samhandler på en måte som «gjør hverandre gode». Dette handler om å se på ulikheter og mangfold som en berikelse og en inspirasjon til å finne nye alternativer innen et samarbeid som kan ha ringvirkninger til hjelpen som tilbys barn og deres familier (Glavin og Erdal, 2018, s. 38).

Ved god kjennskap til tjenestenes arbeidsområde og mandat kan tjenestene støtte familien og hverandre i tilfeller hvor det oppstår konflikt. Barnevernet kan ved å invitere helsestasjonen på møter der dette er mulig, gjenopprette familiens tillit til helsestasjoner. I tillegg kan tjenestene være brobygger i tilfeller hvor det er tvil eller konflikter (Helsetilsynet, 2019, s. 112). Dette fordrer at prosesser er transparente og at arbeidet er forsvarlig utført (Bakketeig et al., 2019, s.199 og 205; Helsetilynet, 2019, s. 112).

Taushetsplikten er etter mitt syn ikke et hinder for samarbeid, men den kan by på utfordringer på ulikt vis fra sak til sak og fra tjeneste til tjeneste. Sårbare barn kan ha ulike utfordringer knyttet opp mot egne sårbarheter og/eller andre familiemedlemmers sårbarheter og

belastninger, som kan si seg utslag i sammensatte vansker. Barnevernet kan gjennom sitt kjennskap til barn, familier og samarbeide med ulike tjenester å gi barn nødvendig hjelp. Når barns livvsituasjon bære preg av kompleksitet kan det ufordre fagfolk og tjenesters tolkning og vurdering av taushetsplikten opp mot det å bidra til at barn får helhetlig hjelp.

Dilemmaer rundt rutiner knyttet til meldeplikten ble også belyst gjennom resultatene til denne studien. Hensynet til barnets beste bør veie tyngst i vurderingen om tjenester har meldeplikt til barnevernet. Det kan stilles spørsmål om barns rettsikkerhet ivaretas hvis kunnskap om meldeplikt er mangelfull og terskelen for å melde er for høy. En konsekvens kan være at barn ikke får hjelp. Ved å styrke meldeplikten til barnevernet, kan prinsippet om tidlig innstas bedre ivaretas. I 0-24-samarbeidet fremkommer det at vilkåret om «alvorlig omsorgssvikt» for meldeplikten kan bli en for høy terskel for å sende bekymringsmelding. Ved å senke kravet for meldeplikten kan det skje endring i befolkningens innstilling til barnevernet, hvor barnevernet i større grad kan ses på som en hjelpeinstans. Dette kan igjen føre til at tilliten til tjenesten opprettholdes, og at bekymringsmeldinger gjør at barn kan få hjelp til rett tid (0-24-samarbeidet, 2019, s. 5, 58 og 63-65).

Ansatte på helsestasjonen uttalte at de har liten tid i konsultasjoner og at det kan gå lang tid mellom hver gang de treffer de familiene. Ansatte på helsestasjonen fortalte om personlige opplevelser knyttet til samarbeidet med barnevernet rundt bekymringsmeldinger, og hvordan dette påvirket dem i deres videre avgjørelser for å melde bekymring. Fra barnevernet side ble det påpekt at helsestasjonen ikke hadde overholdt meldeplikten og at det var frustrerende da de kunne besitte viktig informasjon om barnet og familien. På den andre siden hadde ansatte i barnevernet mottatt meldinger der foreldre samtykket i underveis i graviditeten eller at de i samråd med helsestasjonen hadde sendt en bekymringsmelding som ble opplevd som en bestilling på tjenester.

I følge Neumann og Snertingdal (2013) møter helsesykepleiere barnet og dets foresatte for sjelden og konsultasjonene varer for kort til at de med sikkerhet kan fastslå at det de observerer som bekymringsfullt, og medfører at de bør sende bekymringsmelding til barnevernet (Neumann og Snertingdal, 2013, s. 29). Dette kan ses i sammenheng med Ohnstad et al. (2021) som poengterer fagfolk skal ha høy terskelen for å melde bekymring om barn og deres familie til barnevernet. Og at fagfolk bare i særskilte alvorlige situasjoner kan sende melding til barnevernet uten å følge reglene for frivillighet, medvirkning og samtykke.

For på den måten unngå at barn og deres familie utsettes for store belastninger, stigma, skam og frykt (Ohnstad et al., 2021, s. 33-34).

Samtidig innehar helsestasjonen en viktig posisjon i det forebyggende arbeidet for å sikre barn trygg oppvekst. Barn som kommer til helsestasjonen er i sine første leveår, der grunnlaget for utvikling av tilknytning, relasjoner og resiliens dannes. Barnevernet er avhengig av at andre tjenester oppdager og hjelper sårbare barn (Prop. 106 L (2012-2013), s. 38). Barn kan ta skade av «en vente og se» holdning hos fagfolk. Tar det lang tid før barnet og dets familie mottar nyttig hjelp, kan skadevirkningene bli store (BFD, 2021, s. 30).

Dilemmaene over som handler om innholdet i og varigheten av konsultasjoner, sett opp mot terskelen for å sende bekymringsmelding handler etter mitt syn om hvilken relasjon det er mellom kommunens helsestasjon og barneverntjeneste, hvordan de er organisert og hvilke muligheter de har for å møtes. Faktorene lite kjennskap til hverandre, personavhengighet, felles møteplasser og organisering var noe deltakerne i denne studien trakk frem som vesentlige å legge tilrettelegge for, for å øke kvaliteten på samarbeidet og således hjelpen som tilbys barn og deres foreldre.

Dette synliggjør helsestasjonens dilemma rundt å sende bekymringsmelding eller «vente å se». Dilemmaet viser hvordan helsestasjonsansatte må gjøre vurderinger ut i fra egen kompetanse, kjennskap til barnets fungering, utvikling og omsorgssituasjon opp mot en grunn til å tro at barnet kan være i behov for hjelp fra barnevernet på et tidlig stadium av problemutviklingen. I lys av kompleksitetsteorien kan også utforutsette hendelser virke inn på helsestasjons ansatte endelige vurderingsgrunnlag for om meldeplikten er utløst eller ikke. Flere NOU'er, tilsynsrapporter, barnevernfaglig forskning og resultater i studien viser til at heving av fagfolks kompetanse, informasjonsarbeid og tett samarbeid kan bidra til å forebygge skjevutvikling hos barn på bakgrunn av en oppvekst med barndomsbelastninger, traume og risikofaktorer.

I denne sammenheng kan det være nyttig å se til barnevernets forebyggende arbeid knyttet opp mot informasjonsarbeider rundt innholdet i bekymringsmeldinger, samt hva det bør meldes bekymring på og ikke. Dette ble også belyst som et resultat i denne studien der ansatte fra barnevernet påpekte nytten av informasjonsarbeid for å gjøre samarbeidet bedre, heve kvaliteten på arbeidet og betraktet dette som en del av det forebyggende arbeidet.

Rutiner rundt opplysningsplikt var også et tema som fremkom i empirigrunnlaget. For barnevernet bestemmer sakens art hvilke tjenester de skal opprette et tverrfaglig samarbeid

med, og hvilken informasjon som skal ligge til grunn i vurderingen av barns omsorgssituasjon. Informasjon kan innhentes i samarbeid med barn og foreldre, men også uten et slikt samtykke, jf. § 6-4 (barnevernloven, 1992). Barnevernet har blitt kritisert for av og til å være for snever ved valg av tjenester som det innhentes informasjon fra. Ved å ha barnets behov i sentrum, kan fokuset på hva som påvirker barnets omsorgssituasjon, og hvordan barnet fungerer i det daglige utvide valget av tjenester det innhentes informasjon fra (Fauske et al., 2019, s. 185). Resultatene i denne studien viser at ansatte på helsestasjonen opplever dilemmaer ved å svare på anmodninger fra barneverntjenesten. Da de ønsker å gi nyanserte og oppdatert informasjon vedrørende spørsmålene, samtidig som det kan være lang tid siden sist møte med familien. Tilsynsrapporter, nyere barnevernfaglig forskning og litteratur viser at fagfolk har behov for kunnskap og kompetanse på barns utvikling, tegn og symptomer.

Helsestasjons ansatte har en unik mulighet til å observere barns og foreldres atferd, tegn og symptomer jevnlig i konsultasjoner fra 0-4 års alder. I følge nasjonal faglig retningslinje foretar ansatte ved helsestasjonen sine vurderinger om barns omsorgssituasjon ut i kunnskap om normalutvikling, beskyttelse- og risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2019, s. 4-5). Med bakgrunn i denne kompetansen må fagfolk vurdere barns atferd og erkjenne at barn kan vokse opp med ulike barndomsbelastninger og utsettes for vold og samtidig vite om gjeldene rutiner ved melde- eller opplysningsplikt (NOU: 2017, s. 136; Kvello, 2015, s. 51). Det bør foreligge et godt og tett samarbeid mellom tjenester for å kunne avdekke og avverge vold mot barn (Kripos, 2019, s. 9 og 46).

Dilemmaer rundt rutiner på taushetsplikt, opplysningsplikt og meldeplikt bidrar til å belyse helsestasjonens ulike roller ovenfor barn og familier som benytter helsestasjonstilbudet. Deltakerne i denne studien tok opp etiske aspekt ved om det er barnet eller foreldrene som er mottakere av hjelpen. Ansatte ved helsestasjonen skal på den ene siden veilede og støtte familien, og på den andre side avdekke og snakke om vanskelige tema, som kan være utfordrende å ta opp (Heltne og Steinsvåg, 2019, s. 249). Det kan medføre dilemma rundt hva barn og deres familier opplever som hjelp og/eller kontroll (Bakketeig et. al., 2019, s. 201). En ansatt på helsestasjonen satte ord på nettopp denne tosidigheten, med å ha fokus på behandling og forebyggende arbeid. Deltakeren understrekte at de bedrev mye informasjonsarbeid og at dette kunne gi gode samtaler om vanskelige tema, men at de i liten grad avdekket rusmisbruk hos foreldre, vold og mishandling. Barn og foreldre kan være utrygge i kontakten med helsestasjonen og/eller barnevernet om barnevernet blir involvert familiens liv. Et annet aspekt ved dette er hvis foreldrene opplever hjelpen som påtrengende

eller uviktig. Da kan det medføre at barnet ikke får den hjelpen det er i behov av. I denne sammenheng kan en tverrfaglig helhetsvurdering bidra til å korrigere feilkilder, og gi et mer utfyllende bilde av hva som kan være rett hjelp (Glavin og Erdal, 2018, s. 22).

Ved å styrke helsestasjonsansattes kompetanse kan sjansene for at sårbare familier fanges opp og tilbys mer oppfølging, støtte og veiledning økes. Slik kan foreldrestøttene arbeid styrke foreldrerollen og forebygge marginalisering, utenforskap, vold og overgrep (Kripos, 2019, s. 7; Prop. 73 L (2016-2017), s. 56). På den annens side kan mangler i samarbeidet som lite eller feil informasjon, ansvarsfraskrivelse og lite koordinering medføre at hjelpebehov ikke blir avdekket eller at tidlig innsats ikke blir iverksatt (FAFO, 2020, s. 12). Dette kan sees i sammenheng med viktigheten av god kjennskap til barnevernet og godt tverrfaglig samarbeid mellom disse instansene, slik at oppgavene ikke oppleves å være motsetningsfylt (Heltne og Steinsvåg, 2019, s. 249).

Barnevernfaglig forskning, tilsynsrapporter og litteratur poengtere at ledelsen er et viktig ledd i å tilrettelegge for, prioritere og systematisere tverrfaglig samarbeid. Da ledelsen innehar oversikt på tjenesten og organisasjonens mandat, systemer og ressurser, og således kan bidra til å stimulere til en robust samarbeidskultur (Glavin og Erdal, 2018, s. 34 og 42; FAFO, 2020, s. 12 og 71; Kaurstad et al., 2015, s. 6). En robust samarbeidskultur kan bidra til at fagfolk og tjenestene utnytter tverrfaglighetens samlede ressurser og kompetanse som igjen viker tilbake på hjelpen som tilbys barn og familier. Det kan også gi alternativer måter å forstå familiens samlede behov og nye tiltak som kan iverksettes, i tillegg kan det oppnås merviten som kan føres videre til andre familier og tjenester (Lone og Værnor, 2019, s. 62; Langsrud et al. 2020, s. 123).

Gjennom 0-24-samarbeidet har det kommet forslag på nye regler og lover for samarbeid mellom tjenester som har sitt virke vedrørende barn. Mange av momentene fra dette arbeidet er tatt med i ny barnevernsreform og endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) (2021). Nytt lovverk gir rammer for hvordan tverrfaglig samarbeid skal utføres for å gi bedre hjelp til barn og deres familie og noe fagfolk og ledelse må forholde seg aktivt til. Dette kan kreve nye rutiner og arbeidsmåter ovenfor barn og familier, som igjen kan gi ringvirkninger til hvordan tverrfaglig samarbeid foregår i praksisfeltet.

Tverrfaglig samarbeid påvirkes også av kontekstuelle faktorer som sosiale, politiske, juridiske og økonomiske føringer. I Norge preges hjelpetilbudet til barn og foreldre av sektorinndeling.

Barnevernfaglig forskning, NOU'er og tilsynsrapporter viser til at tverrfaglig samarbeid har medført mangler i tilbud til barn og deres familier og at flere ikke har fått hjelpen de er i behov av. Svikt i systemer kan bety dårlig fungerende tverrfaglig samarbeid som kan få ringvirkninger for oppfølgingen som tilbys (NOU 2017:12, s. 11-12). I tråd med dette arbeidet har sektoriseringen i norsk politikk og forvaltning blitt gjenstand for diskusjon, og det tas til ordet for at tjenester må organiseres på ny måter. Det bidro til iverksettelse av barnevernsreform og endringslov til velferdstjenestelovgivingen.

Et av målene med barnevernsreformen er økt fokus på tidlig innstas og forebygging rettet inn mot utsatte barn og deres familier (BFD, 2021, s. 16). Da nyere forskning på hjernens utvikling og tilknytningsteori har gitt mye informasjon om hvordan barndommen påvirker menneskers livsløp (Braarud og Nordanger, 2011, s. 968). Tidlig innsats og forebyggende arbeid handler om å utjevne sosiale forskjeller, iverksette hjelp på et tidlig tidspunkt og minske faren for risikofylte situasjoner eller hendelser (Groven og Rostad, 2017, s. 20-22).

At de mest utsatte og sårbare barna har størst behovet for at noen melder ifra når det er grunn til å tro at barnevernet kan bidra med hjelp, poengteres også i barnevernsreformen (BFD, 2021, s.122). Forebygging bør iverksettes tidlig ovenfor foreldre og helst før de opplever nederlag i foreldrerollen, for å unngå store belastninger senere for både barn og foreldre (Killén, 2019, s. 107 og 135). Tidlig innsats kan gi flere utviklingsforløp. På den ene siden kan familien får økte ressurser og bedre støtte i nettverk. På den andre siden kan familien være i behov av forskjellige typer hjelp som det tar tid å avdekke og finne riktig tiltak til, familier kan således være i behov av hjelp flere ganger opp gjennom barns utvikling.

Tidlig innsats kan ut i fra et lineært årsak-virking perspektiv implisere at hjelp på et tidlig tidspunkt er godt nok og at barn og deres familier ikke vil være i ytterligere behov på et senere tidspunkt. Etter min erfaring fra yrkespraksis så er det her nyttig å påpeke viktigheten av å trekke inn kompleksitetsteorien. Barn og familier lever i interaksjon med sine omgivelser og uforutsette hendelser kan skje, både en og flere ganger. Sårbare barn og deres familier kan ha større risiko for få flere belastninger, stress eller oppleve utenforskap og marginalisering enn andre, som igjen kan medføre nye og uforutsette vansker (FAFO, 2020, s. 20). Sårbare barn og familier med komplekse problemer kan medføre at det må være en kontinuerlig innsats fra flere hold i samarbeid med familien for å finne hvordan hjelpen best kan nyttiggjøre. Der fagfolk og tjenester må akseptere at dette er utfordrende arbeid der det ikke finnes lineære løsninger (Langsrud et. al., 2020, s. 113-114). Samtidig kan nyttig hjelp på et

tidlig tidspunkt være en ressursmobilisering av familier, slik at de evner å be om ny hjelp hvis det oppstår nye utfordringer.

I barnevernsreformen argumenteres det for at familiestøttende arbeid kan gi bedre helhetlig hjelp til barn og familier. Og at tidlig innsats kan ha effekt når hjelpen oppleves som nyttig og med klar ansvarsfordeling. Men det rettes også kritikk fra foreldre som uttrykker at tjenestilbudet og tverrfaglig samarbeid oppleves som lite samordnet og gir lite handling (Prop. 73 L (2016-2017), s. 7 og 27-28).

Flere tilsynsrapporter, NOU'er og resultater i studien viser til at det å skape bedre forbindelser i grenseflatene må til for få bedre helhetlige hjelp og for å komme tidlig inn å forebygge barndomsbelastninger som vold, overgrep, marginalisering og utenforskap. Det kan ses i sammenheng med deltakerne i denne studiens uttalelser om behovet for å samarbeide med flere instanser rundt barn og familier, bl.a. ble sykehus, jordmortjenester og barnehager. Det ble også påpekt at alle instanser må være bevisst sitt ansvar for å kunne fange opp sårbare barn tidlig. Deltakere fra begge tjenestene knyttet dette til familieforøkelse hos utsatte familier med komplekse problemer. Ansatt på helsestasjonen påpekte også dilemma når andre familiemedlemmer enn barnet utsettes for uforutsigbare hendelser eller har en utfordrende og atferd og at tjenestene da må være bevisst at dette kan medføre behov for tidlig innsats, informasjonsflyt eller annen hjelp til barnet.

Det viser til kontekstuelle faktorene som sektorinndelingen i norsk stat og kommune. Sektoriseringen forsterkes av mål og resultatstyring, egne logikker og ansvarsforhold. Dette kan gi seg utslag i barrierer i tverrfaglig samarbeid og være begrensende på å nå målsettingen om bedre helhetlig hjelp (FAFO, 2020, s. 12). Barrierene kan avhjelpest med å ha fokus på en helhetlig oppvekstpolitikk der barnets behov er i sentrum for arbeidet. Dette sammenfaller med resultat i denne studien hvor flere deltakere poengterte at tjenestene kan utfylle hverandre med ulike faglige perspektiver som til sammen vil bidra gi god oppfølging for de utsatte barna.

Et annet aspekt ved tidlig innsats og forebyggende arbeid er hvordan dette påvirker de økonomiske aspektene og besparelsene i samfunnet for øvrig; som sparte utgifter til behandling og institusjons plasseringer (Glavin og Erdal, 2018, s. 61 og 88). Ansatte på helsestasjonen var kritiske til barnevernets innsats til forebyggende arbeid i ulike tverrfaglige fora. Mens en ansatt i barnevernet oppgav at det å motta bekymringsmeldinger også kunne være forebyggende arbeid, for på den måten forhindre akuttarbeid og institusjonsplassering.

Både ansatte på helsestasjonen og i barnevernet bekreftet helsestasjonens posisjon og kompetanse på rundt oppfølging av barn og familien fra før fødsel viser resultat i denne studien. Et annet resultat viser til at deltakerne ønsket at barnevernet burde brukt mer tid og fokus på forebyggende arbeid, hvor flere kom med forslag på at barnevernet burde organiseres på en annen måte; med en forebyggende del og en del som arbeidet mer rundt kjerneoppgavene og omsorgsovertakelse.

Når tjenestetilbudet er fragmentert og sektorisert kan det oppstå blindsoner i det tverrfaglige samarbeidet. Dette rammer barn som er avhengig av mange tjenester for å få rett hjelp. Blindsonene kan skyldes at de samarbeidene tjenestene har ulike oppdrag, verdisyn, manglende kunnskap om hverandre eller at det er mangelfull pålitelig forskningsbasert kunnskap. Problemer i grenseflatene mellom sektorer kan være en bakenforliggende faktor for at barn og unge er utsatte. Oppvekst sektoren bør derfor inneha et helhetsperspektiv på barns utfordringer på tvers av oppvekstarenaer, sektorer og tjenester. Det er viktig at det identifiseres hva som hindrer og hva som fremmer godt samarbeid (Forskningsrådet, 2021, s. 6). Tjenester må også anerkjenne barn og familiers kunnskap og vurdering av eget hjelpe behov slik at de kan medvirke i utformingen av tjenestetilbudet (FAFO, 2020, s. 85).

Det er i stor grad foreldrene og barna som kan uttale seg om hjelpen er nyttig. At de anses som likeverdige parter i dette arbeidet er svært viktig. Flere deltakere tok til ordet for viktigheten av at barna og foreldrene er med i prosessen og medvirker underveis. På den annen side kan sektorisering, profesjonshierarki og definisjonsmakt opprettholde et ekspertfokus og ta utgangspunkt i profesjoners behov for å hjelpe. Tas det utgangspunkt i den hjelpen familien er i behov av, kan det tverrfaglige samarbeidet oppleves som nyttig for flere og bidra til helhetlig hjelp (Glavin og Erdal, 2018, s. 23).

7. Konklusjon

Resultatene i denne studien viser at fagfolk ser nytten av tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode for å kunne gi helhetlig hjelp til barn og deres foreldre, men at dette innebærer en kontinuerlig prosess med samhandling på individ og systemnivå for å avdekke og synliggjøre dilemmaer og gråsoner i operativt arbeid og regelverk.

På individ nivå viser resultatene at relasjonelle- og prosessuelle faktorer som lite kjennskap til hverandre, tillit, definisjon- og profesjonsmakt virker inn på utøvelsen av det operative arbeidet opp mot taushetsplikt, innhenting av samtykke til samarbeid, meldeplikt og opplysningsplikt. Og ut i fra at de barn og familier det samarbeids om, ofte kan være i en sårbar livssituasjon og ha komplekse vansker som igjen påvirker utøvelsen av det tverrfaglige samarbeidet.

På systemnivå viser resultatene at helhetsperspektivet er godt kjent blant deltakerne og at tidlig innsats anses å være av stor betydning for å avdekke, avverge og hjelpe barn og deres familier. Samtidig vises det til at organisatoriske og kontekstuelle faktorer skaper barriere gjennom sektorisering og finansielle rammer, der lovpålagte arbeidsoppgaver har forrang.

Resultatene viser også at fagfolk anser barn som et selvstendig rettssubjekt og at dets interesser og behov kan gå på å tvers av foreldrenes. Videre viser resultatene til at fagfolk har et behov for og et ønske om å gjøre hverandre gode for å kunne arbeide helhetlig med fokus på tidlig innsats ovenfor barns og deres familier. Hvor arbeidet er systematisk og forsvarlig utført og ikke bygger på tilfeldigheter. Men bygger på god kunnskap, informasjon og godt kjennskap til tjenestene sine fagfolk, arbeidsoppgaver og samfunnsoppdrag. Resultatene viser behovet for å etablere lavterskeltilbud for å unngå vente og se holdning på å sende bekymringsmelding og raskere kunne gi tilbud om hjelp. Deltakerne i denne studien kom med forslag på ny organisering av tjenestene for å øke samhandlingsmulighetene. Forslagene var:

- etablere og iverksette tiltaket kontaktperson
- tid og mulighet for deltakelse på felles møter med barn og dets familie,
- mer tid og mulighet til å møtes formelt og uformelt for å utveksle informasjon, bli bedre kjent, få felles forståelse av tjenestenes samfunnsoppdrag og rundt barn og deres familiers utfordringer
- at barnevernet og helsestasjonen organiseres i en enhet eller samlokaliseres

- at barnevernet organiseres med en del rettet mot lavterskeltilbud og en mer mot omsorgsovertakelse

Modellen «Conceptual framework for interprofessional teamwork» og kompleksitetsteori har vært nyttig å benytte for å forstå bedre dilemmaene resultatene i studien viste til.

Utfordringene oppstår i skjæringspunktet mellom relasjonelle-, prosessuelle-, organisatoriske- og konseptuelle faktorer sett opp mot at barn og deres foreldres vansker kan være komplekse, som igjen kan medføre at tverrfaglige samarbeidet blir komplekst. Tverrfaglig samarbeid rundt arbeid med barn og deres familier må av den grunn ikke betraktes som en lineærprosess med klare og enkle løsninger, men med erkjennelse av at arbeidet kan by på uforutsigbarhet, dilemmaer, men også nye muligheter. Der mangfold av perspektiver gir mulighet for bedre og grundigere beslutningsgrunnlag, samt alternative løsninger som fagfolkene og tjenestene ikke kan oppdage og beslutte fra kun sitt eget ståsted. Kort sagt: Sammen gjør vi hverandre gode å bidra til beste mulig helhetlig hjelp for barn og deres familie.

Litteraturliste

- Bakketeig, E., Dullum, J. og Stefansen, K. (2019) *Samarbeid i saker om vold og overgrep¹ Mot en hybridisering av hjelpetjenestene?* Tidsskrift for velferdsforskning. Årgang 22, nr. 2-1019, (s. 198-212). [https://www-idunn-no.ezproxy.inn.no/doi/pdf/10.18261/issn.2464-3076-2019-03-02](https://www-idunn.no.ezproxy.inn.no/doi/pdf/10.18261/issn.2464-3076-2019-03-02)
- Barne- og familiedepartementet (2004), *FN's konvensjon om barns rettigheter* (2003, mars). https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Barne-, likestillingsdepartementet og inkluderingsdepartementet (2017). *En god barndom varer livet ut*. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og unge (2014-2017). https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Kommunal- og regionaldepartementet, Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kunnskapsdepartementet (2013), *Rundskriv Q16/2013*. Forebyggende innsats for barn og unge. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rundskriv_q16_2013.pdf
- Barne- og likestillingsdepartementet (2009) *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. NOU 2009:22. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2009-22/id587673/>
- Barne- og likestillings departement, (2016), *Opptrappingsplan mot vold og overgrep, Prop. 12 S (2016-2017)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>
- Barne- og likestillingsdepartementet, (2017) *Svikt og svik, Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*, NOU 2017:12. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>
- Barnevernloven (1992). *Lov om barneverntjenester*. LOV-1992-07-17-100. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Braun, V. og Clarke, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology*, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., og Terry, G. (2019), *Thematic Analysis*, *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*, Pranee Liamputtong, Springer Singapore Pte. Limited. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103

- Braarud, H. C. og Nordanger, D. Ø. (2011, 05.oktober) *Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse*, Tidsskrift for Norsk psykologforening 2011 (s. 968-972). <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/10/kompleks-traumatisering-hos-barn-en-utviklingspsykologisk-forstaelse>
- Clifford, G., Fauske, H., Lichtwack, W., og Marthinsen, E. (2015) *Minst hjelp til dem som trenger det mest?* Sluttrapport fra forsknings og utviklingsprosjektet «Det nye barnevernet» Nordlandsforskning Rapport 06/2015. https://nordlandsforskning.no/sites/default/files/files/Rapport_06_2015.pdf
- Endringslov til velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator) (2021) *Lov om endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)*. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2021-06-11-78>
- FAFO (2020). *Trøbbel i grenseflatene*. FAFO rapport 2020:02. <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/faf-rapporter/trobbel-i-grenseflatene>
- Fauske, H., Kvaran, I., Lichtwarck, W. (2017). *Hjelpetiltak i barnevernet: Komplekse problemer og usikre virkninger*. Fontene forskning 2/2017. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.62549.0.3.5613acfe20>
- Fauske, H., Lichtwarck, W., Bennin, C., og Buer, B.A. (2019). Tverrfaglig samarbeid i barnevernets beslutningsprosess. I Ø. Christiansen og B.H Kojan (Red.) *Beslutninger i barnevernet* (s. 178-194). Universitetsforlaget.
- Forvaltningsloven (1967). *Lov om behandling av forvaltningssaker*. LOV-1967-02-10. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>
- Folkehelseloven (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. LOV-2011-06-24-29. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. FOR-2018-10-19-1584. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-04-03-450>
- Forskningsrådet (2021). *Ut av blindsonen*. <https://www.forskningsradet.no/SysSiteAssets/publikasjoner/2021/bu-21-strategi-ut-av-blindsonene.pdf>
- Glavin, K. og Erdal, B. (2018) *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Til beste for barn og unge i kommune-Norge. Kommuneforlaget
- Gunnestad, A. (2017). Resiliens -tidlig innsats for å bygge motstandskraft og mestringssevne hos barn i risiko. I E. J. Lyngseth og B. Mørland (Red.), *Tidlig innstas i tidlig barndom* (s. 48-72). Gyldendal Akademisk.

Groven, B., og Rostad, A.M., (2017). Forebygging og tidlig innsats – en historisk, ideologisk og teoretisk innramming. I E. J. Lyngseth og B. Mørland (Red.), *Tidlig innstas i tidlig barndom*, (s. 20-47). Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Helsedirektoratet (2022, 15. mars).

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2018) *Kunnskapsgrunnlag -Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge*. IS-2696.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-metoder-for-tidlig-identifisering-av-risiko-hos-barn-og-unge/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/d41f4072-ab66-474790e9e9dcfe96ff65:ad36b31ca6167e7b8b1a61acab675effd970366a/Kunnskapsgrunnlag%20%E2%80%93%20metoder%20for%20tidlig%20identifisering%20av%20risiko%20hos%20barn%20og%20unge.pdf

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge*. Helsedirektoratet (2019, 03. desember).

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*. LOV-2011-06-24-30. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* LOV-1999-07-02-64. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Heltne, U. og Steinsvåg, P. (2019). Samarbeid en forutsetning for god hjelp. I Heltne, U. og Steinsvåg, P. (Red.) *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp*. Universitetsforlaget.

Kane, A. A., og Neverdal, S. (2018). *Barnevern – et vern med eller uten et universelt forebyggingsansvar?* Norges barnevern, Nr. 4 2018 Vol. 95. (s. 248-264).

<https://www-idunn-no.ezproxy.inn.no/doi/pdf/10.18261/issn.1891-1838-2018-04-05>

Kaurstad, G., Bachmann, K., Bremnes, H., og Groven G., (2015). *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Møreforskning, KS FoU-prosjekt nr. 134033.

<https://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/ks-fou-prosjekt-nr-134033-trygg-oppvekst---helhetlig-organisering-av-tjenester-for-barn-og-unge/1075/2875/>

- Grunnlova (1814), *Kongeriket Noregs Grunnlov*. LOV-1814-05-17. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn?q=Grunnloven>
- Killén, K., (2019) *Barndommen varer i generasjoner*. Forebygging er alles ansvar. Kommuneforlaget
- Kripos, (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>
- Kvello, Ø. (2015) *Barn i risiko*. Skadelige omsorgssituasjoner (2 utg.). Gyldendal Akademisk.
- Langsrud, E., Lichtwarck, W. og Fauske, H. (2020) *Barneverntjenestens problemfragmentering i lys av kompleksitetsteori: En lineær problemløsningsstrategi innenfor et ikke-lineært system*. Tidsskrift for velferdsforskning, Årgang 23, nr. 2-2020, (s. 113-125). <https://www-idunn-no.ezproxy.inn.no/doi/10.18261/issn.0809-2052-2020-02-03>
- Lone, J. A., og Værnor, K. E. (2019). *Samarbeidskultur på oppvekstfeltet i norske kommuner*. Stat og Styring 2-2019 (s. 61-64). Universitetsforlaget. <https://www-idunn-no.ezproxy.inn.no/doi/epdf/10.18261/ISSN0809-750X-2019-03-19>
- Lone, J. A., Værnor, K. E., Brochmann, M., Stenstadvold, M., & Holte, H. W. (2019). *Tverrfaglig samarbeid og ledelse på oppvekstfeltet* (Nr. R1020445). <https://www.agendakaupang.no/publication/tverrfaglig-samarbeid-og-ledelse-pa-oppvekstfeltet/>
- Lyngseth, E. J og Mørland, B. (Red.) (2017), *Tidlig innstas i tidlig barndom*. Gyldendal Akademisk.
- Mathiesen, I. H. og Skoland, K. (2016). *Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn -hva har skjedd i kommunene?* Rapport IRIS -2016/054. <https://tidliginnsats.forebygging.no/Aktuelle-innsater/Oplaringsprogrammet-Tidlig-Inn/Evalueringsrapporter-om-programmet/>
- Menneskerettighetsloven (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett*. LOV-1999-05-21-30. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- Neuman, C. B., og Snertingdal, M. (2013). *Kunnskap, kartlegging og tidlig intervensjon ved helsestasjoner*. Rus og Samfunn 04/2013 Vol 7. https://www-idunn-no.ezproxy.inn.no/rusos/2013/04/kunnskap_kartlegging_og_tidlig_intervensjon_ved_helsestasjon
- Nygren, L. (2017). Bortenfor forenkling -om kompleksiteten i barnevernet. I M. Rugkåsa, M., S. Ylvisaker og K. Eide (2017). *Barnevernet i et minoritetsperspektiv*. Sosialt arbeid med barn og familier. (s. 102-110). Gyldendal Akademiske.

- Ofstad, K. & Skar, R. (2015). *Barnevernloven med kommentarer* (6.utg.). Gyldendal.
- Ohnstad, B. Sønderskov, M. og Ødegaard, T. (2021) *Urettmessige meldinger til barnevernet: En utilstrekkelig påaktet rettssikkerhetsproblematikk*. Fontene forskning, 14(1), 32-44. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.99655.0.3.3c8ea40d7e>
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. LOV-1999-07-02-63. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prop. 73 L (2016-2017). *Endringer i barnevernloven (barnevernsreformen)*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/67954c9d29dd4c0ca3134e0931f32fdc/no/pdfs/prp201620170073000dddpdfs.pdf>
- Prop. 100 L (2020-2021). *Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator)*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-100-l-20202021/id2838338/>
- Prop. 106 L (2012-2013). *Endringer i barneloven*. Barne-, likestillings-, og inkluderingsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7d0ea1b89cc54939b17e69a20d5f7b48/no/pdfs/prp201220130106000dddpdfs.pdf>
- Prop. 133 L (2020-2021). *Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-133-l-20202021/id2842271/>
- Rathe, L., Andersson, S. T., og Holbæk-Hanssen, J. (2018). *Kartlegging av samhandling om utsatte barn og unge*, IPSOS-rapport 2018. https://0-24-samarbeidet.no/wp-content/uploads/2019/01/IPSOS-Endelig-rapport_samhandling_250118.pdf
- Reeves, S., Lewin, S., Espen, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Partnership Working in Action. Center for det Advancement of Interprofessional Education (CAPI) John Wiley & Sons, Incorporated. EBOOK ISBN: 9781444325034
- Stang, E. G. og Sveaass, N. (2016). *Hva skal vi med menneskerettigheter?* Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid. Gyldendal Akademisk.
- St. meld.nr. 16 (2006-2007). *... og ingen sto igjen — Tidlig innsats for livslang læring*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/a48dfbadb0bb492a8fb91de475b44c41/no/pdfs/stm200620070016000dddpdfs.pdf>

- St. meld.nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Statens helsetilsyn (2019). *Det å reise vasker øynene*. Gjennomgang av 106 barnevernsaker.
<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2019/det-a-reise-vasker-oynene.-gjennomgang-av-106-barnevernssaker/>
- Willumsen, E. (2017). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse og velferdssektoren. I E. Willumsen og A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (s. 33-52). Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., Sirnes, T. og Ødegård, A. (2017). Nye samarbeidsformer – et samfunnsoppdrag. I E. Willumsen og A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (s. 17-32). Universitetsforlaget.
- Ødegård, A. (2017). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I Willumsen, E. og Ødegård, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid - et samfunnsoppdrag* (s. 113-130). Universitetsforlaget.
- 0-24-samarbeidet (2019) *Slutt rapport regelverk for samarbeid*. Samarbeid til barn og unges beste. <https://0-24-samarbeidet.no/wp-content/uploads/2019/01/Sluttrapport-regelverk-samarbeid-sept-18.pdf>
- 0-24-samarbeidet (2021) <https://0-24-samarbeidet.no/>

Vedlegg

Vedlegg 1. Godkjenning fra NSD



Vurdering

Referansenummer

634111

Prosjekttittel

Hvordan kan tverrfaglig samarbeid gi en bedre barneverntjeneste for de yngste barna?»?

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sosialfag og veiledning

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Halvor Fauske , halv.fauske@inn.no, tlf: 61288312

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marianne N. Husebye , mariannenh@hotmail.com, tlf: 90925240

Prosjektperiode

01.04.2021 - 20.01.2022

Vurdering (1)

01.03.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 01.03.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i øvre venstre hjørne av meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.01.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUHETSPLIKT

Informantene dine vil være underlagt taushetsplikt som barnevernsansatte og helsepersonell. Intervjuene må gjennomføres slik at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. Vær spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates. Eksempel på slike opplysninger kan være alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Dere må derfor være forsiktig ved bruk av eksempler under intervjuene. Vi anbefaler at du minner deltagerne på deres taushetsplikt i forkant av intervjuet.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Forsker spørsmål: Hvordan kan tverrfaglig samarbeid gi en bedre barneverntjeneste for de yngste barna?

1.0 Innledning

I denne intervjuguiden er det spørsmål både til ansatte ved helsestasjonen og ved barneverntjenesten. Intervjuguiden er delt i to, en for fokusgrupper og en for individuelle intervjuer. Disse to kategoriene er igjen delt inn i undergrupper der deltakerne får spørsmål ut i fra hvilken arbeidsstedstilknytning de har. Det er noen felles spørsmål, mens andre er særegne for den enkelte gruppe.

2.0 Intervjuguide til fokusgruppe intervju

2.1 Fokusgruppeintervju med helsestasjonen

2.1.1 Tverrfaglig samarbeid

- Tema for dette intervjuet er Tverrfaglig samarbeid. Hva er dere opptatt av når det kommer til tverrfaglig samarbeid med barneverntjenesten?
- Hvilke erfaringer har dere fra samarbeid med barneverntjenesten?
 - Kan dere si om dette er mer generelle eller spesifikke erfaringer?
 - Hva fungerte og hva fungerte ikke ved disse erfaringene?
- Hvordan fungerer et samarbeid med barneverntjenesten i praksis?
 - Er det skriftlig/pr.tlf/i møter?
 - Er det et uformelt samarbeid?
- Hvilke tanker har dere om barneverntjenesten?
- Hva ønsker dere skal komme ut av et samarbeid med barneverntjenesten?
- Opplevde dere å ha mulighet til å påvirke utfallet av samarbeidet?
- Hvordan opplevde dere de ulike posisjonene i samarbeidet?
 - Påvirket posisjonene til deltakerne samarbeidet?
- Hva tror dere skal til for å få til et godt samarbeid med barneverntjenesten?
 - Finnes det noen særskilte faktorer de vil trekke frem?
- Hva tror dere hindrer et slikt samarbeid?
- Er et samarbeid med barneverntjenesten avhengig av systemer eller personer?
 - Er forutsetningene for at det fungerer personer eller rutiner

- Foreligger det et behov for et felles språk for å forstå hverandre bedre og hva som legges i ulike begreper og bekymringer?

2.1.2 Meldeplikt/taushetsplikt/avvergingsplikt

- Hvilke tanker har dere om bekymringsmeldinger generelt sett?
- Har dere erfaring med å melde bekymring til barneverntjenesten?
 - Ønsker noen å fortelle om dette?
- Hvilke terskler har deres tjeneste for å melde bekymring?
 - Har deltakerne kjennskap til hvilke typer risikofaktorer/tematikk helsestasjonen melder på og hvilke melder de ikke på (finnes det noen særtrekk?)
- Har dere noen tanker om hva de setter i gang når det sendes en bekymring?
 - for eksempel vedr. relasjonen til familien/barnet eller om utfallet av at det sendes melding
- Hva tenker dere om taushetsplikten?
- Tror dere at taushetsplikten påvirker samarbeidet?
 - Tror deltakerne at de ville meldt oftere hvis det ikke forelå en taushetsplikt?
- Hva tenker dere avvergingsplikten?

2.1.3 Tidlig innsats

- Har dere erfaringer fra samarbeid med barneverntjenestene omkring tidlig innsats?
 - Er dette samarbeidet systematisk eller preget av uformell karakter?
- Hva tror dere skal til for at barn skal fanges tidlig opp og få helhetlig hjelp?

2.1.4 Annet

- Har dere noe dere vil tillegge?

2.2 Fokusgruppeintervju med barneverntjenesten

2.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Tema for dette intervjuet er Tverrfaglig samarbeid. Hva er dere er Hva er deltakerne opptatt av når det kommer til tverrfaglig samarbeid med helsestasjonen?

- Hvilke erfaringer har deltakerne fra samarbeid med den andre instansen?
 - Kan deltakeren si noe om dette er mer generelle eller spesifikke erfaringer?
 - Hva fungerte og hva fungerte ikke ved disse erfaringene?
- Hvordan fungerer et samarbeid med helsestasjonen i praksis?
 - Er det skriftlig/pr.tlf/i møter?
 - Er det et uformelt samarbeid?
- Hvilke tanker har deltakerne om helsestasjonen?
- Hva ønsker deltakerne skal komme ut av et samarbeid med helsestasjonen?
- Opplevde de som deltaker å ha mulighet til å påvirke utfallet av samarbeidet?
- Hvordan opplevde deltakerne de ulike posisjonene i samarbeidet?
 - Påvirket posisjonene til deltakerne samarbeidet?
- Hva tror deltakerne skal til for å få til et godt samarbeid med helsestasjonen?
 - Finnes det noen særskilte faktorer de vil trekke frem?
- Hva tror dere hindrer et slikt samarbeid?
- Er et samarbeid med helsestasjonen avhengig av systemer eller personer?
 - Er forutsetningene for at det fungerer personer eller rutiner.

2.2.2 Taushetsplikt/meldeplikt/avvergingsplikt

- Hvilke tanker har deltakerne om bekymringsmeldinger generelt sett?
- Har deltakerne erfaring med å motta bekymringsmelding fra helsestasjonen?
 - Ønsker noen å fortelle om dette?
 - Skiller noen temaer/risikofaktorer seg ut som det meldes bekymring om?
- Hva tenker deltakerne om taushetsplikten?
 - Tror deltakerne at taushetsplikten påvirker samarbeidet?
- Tror deltakerne at det ville kommet flere meldinger hvis det ikke forelå en taushetsplikt?
- Har deltakerne tanker om avvergingsplikten?

2.2.3 Tidlig innsats

- Har deltakerne erfaringer fra samarbeid med helsestasjonen om tidlig innsats

- Er dette samarbeidet systematisk eller preget av uformell karakter?
- Hva tror deltakerne skal til for at barn skal fanges tidlig opp og får helhetlig hjelp?

2.2.4 Annet

- Har deltakerne noe de vil tillegge?

3.0 Spørsmål til individuelle intervju

- Har du erfaringer med samarbeid mellom barneverntjenesten og helsestasjonen?
 - Kan du fortelle om en slik opplevelse?
- Har du opplevd at det er samarbeid mellom barneverntjenesten og helsestasjonen før det har blitt sendt en bekymringsmelding?
 - Hvordan opplevde du dette samarbeidet, fortell...
- Har du opplevd samarbeid mellom barneverntjenesten og helsestasjonen etter sendt melding, fortell..
- Til ansatte på helsestasjonen: Når det sendes bekymring foreligger det ofte en grad av bekymring vedrørende barna eller foreldrene.
 - Har du reflektert noe rundt hvilken grad av bekymring som oftest forekommer/hvilke risikofaktorer som er tilstede?
 - Finnes det særtrekk/kjennetegn på barn/familier som det avventes å meldes bekymring på?
 - Har du som ansatt på helsestasjonen rom for å drøfte dine bekymringer vedr barn med andre kollegaer/ledere? Drøftes noen gang hvilke terskler dere har for å sende bekymringsmelding.
- Hvis vi går tilbake til samarbeidsrelasjonen mellom helsestasjonen og barneverntjenesten.
 - Hva er hensikten med slike samarbeid?
 - Hvilken rolle tror du taushetsplikten spiller i dette samarbeidet?
 - Hvilken muligheter har partene til å påvirke samarbeidet?
- Har du erfaring med samarbeide mellom barneverntjenesten og helsestasjonen som handler om tidlig innsats?
 - Kan du fortelle om dette

- Hva tror du skal til for at sårbare barn fanges tidlig opp og får helhetlig hjelp?
- I faglitteratur om tverrfaglighet står det ofte beskrevet at lite kjennskap til andre tjenester kan være et hinder for samarbeid, hva tenker du om dette?
- Tror du det er viktig at de som arbeider med sårbare barn har et felles fagspråk?
- Har du noen innspill til hva som kan gjøres for å et bedre eller tetter samarbeidet mellom barneverntjenesten og helsestasjonen.
- Har du noe du vil legge til eller noe annet du vil si noe om?