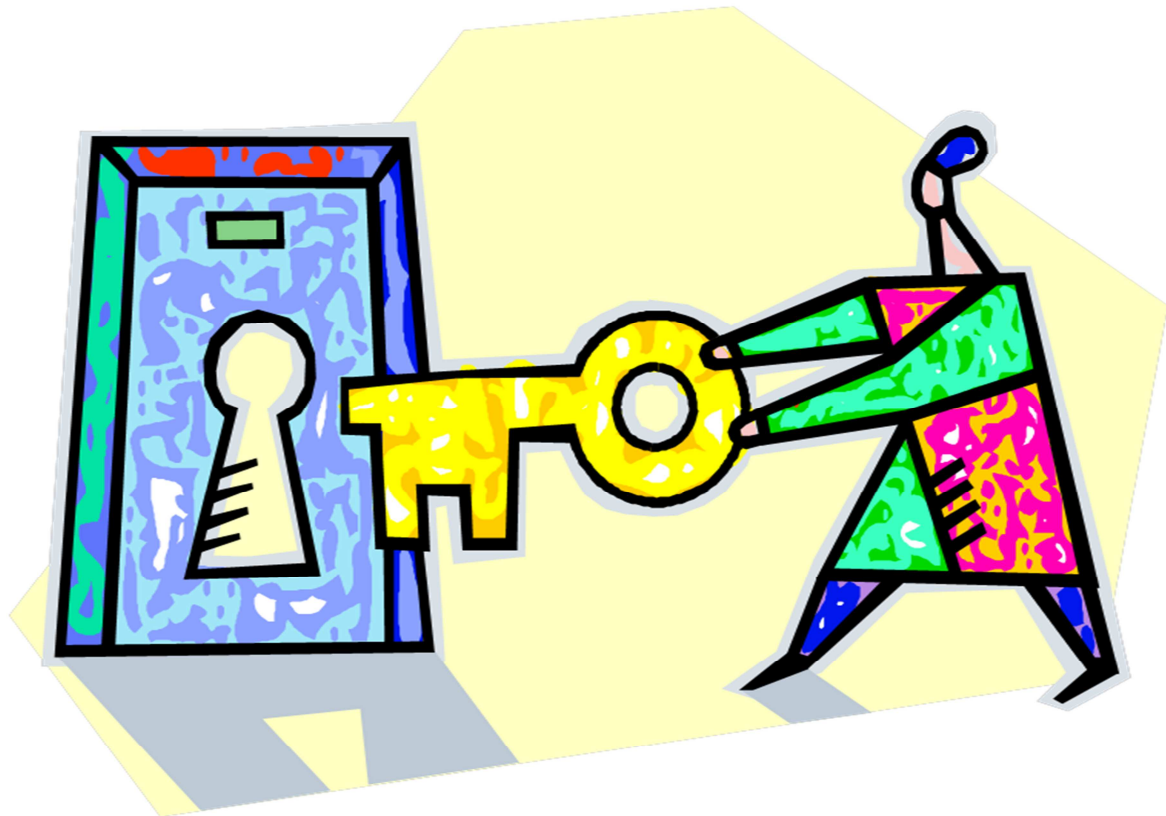




Masteroppgave

En kvalitativ studie:

”Foreldre og fagfolks tanker og erfaringer om den tverrfaglige samhandlingen rundt gravide, foreldre og barn 0-2år i Vestre Toten kommune.»

Av

Elisabeth Skaar Dyrud

Master i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Lillehammer

Våren 2013



Høgskolen
i Lillehammer

Lillehammer University College • hil.no

Forord

Denne masteroppgaven er et resultat av min årelange interesse for familien som en helhet. Jeg har alltid vært opptatt av å se etter årsaken til hvorfor ting skjer. Spesielt når det gjelder barnet og dets utfordringer. Mange ganger har jeg tenkt, at som en hjelper i det kommunale hjelpeapparat, skulle jeg ha kommet fram til roten i vanskelighetene, før vi ser symptomene på barnet.

Jeg har erfart at det i en kommune sitter masse kompetanse, men jeg har også erfart at det å bruke hverandre aktivt har bydd på problemer.

Selv har jeg vokst opp med en far som var genuint opptatt av barna i sitt nærmiljø, ikke bare egne barn, men hele naboflokken. I sin fritid aktiviserte han dem med et lekent sinn. Denne interessen for barnet, hvordan det selv har det, og hva den voksne personen kan gjøre for barnas trivsel og utvikling, ble nok født hos meg da.

En takk rettes til foreldrene og fagpersonene som stilte opp i fokusintervjuene. Videre ønsker jeg å takke Liv Altman og Anne Katrine Kjelsberg som stilte opp som moderatorer. Min veileder Anders Sandvig jr. må takkes for fyldige og gode tilbakemeldinger og innspill til ettertanke. Jens Mørch må takkes for å oversette sammendraget til engelsk sammen med Brit Jane og Patrik.

Ellers må jeg takke kollegaer, venner og studiekamerater for å bidra med diskusjoner og faglige innspill.

Min mann John og mine barn, May Linn og Brit Jane har bidratt med korrekturlesing, og råd og støtte i stressende perioder. De har «funnet meg igjen» når jeg har vært for lenge i «masterboblen». Tusen takk til alle, nå er jeg ferdig og skal finne frem alt det andre spennende livet har å by på.

April 2013

Elisabeth Skaar Dyrud

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	v
Summary	vii
1. Innledning med bakgrunn, tema og problemstilling	1
2. Helsestasjonen	4
3. Forskning på temaene som ligger til grunn for hvorfor jeg ser på tverrfaglig samhandling på helsestasjonen	7
3.1. Tidlig intervensjon	8
3.2. Barnets kognitive og nevrobiologiske utvikling	8
3.3. Risiko og resiliens	9
3.4. Psykisk helse	10
3.5. Forebygging	11
3.6. Diagnostisk kultur. Kartlegging av barnet eller foreldrene	12
3.7. Mentalisering	13
4. Essensiell teori opp mot problemstillingen	14
4.1. Brukermedvirkning	14
4.2. Tverrfaglighet	15
4.3. Samtykke	17
5. Metode	18
5.1. Min forforståelse	20
5.2. Utvalg, hvem og hvorfor	20
5.3. Fokusintervju	22
5.4. Utvelgelse av deltagere til fokusgruppene	23
5.5. Tema og gjennomføring av fokusintervjuet	24
5.6. Kritikk	25
5.7. Analyse	26
5.8. Etisk perspektiv	29
6. Tverrfaglig samhandling	30
• «Kunne vi fungere bedre sammen» som fagfolk i det tverrfaglige tilbudet?	30
• «Jeg er nok forutinntatt, når jeg tenker at når barnevernet er inne, er det krise, men det trenger jo ikke være det»	37
• «De brekker ryggen de som skal prøve alt selv», om foreldre som trenger hjelp i sin voksenrolle	41

6.2 Drøfting av fagfolk og foreldres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer i de tverrfaglige tilbudene	44
• En samhandlende tjeneste?	44
• Hvordan går det med arenaen tilbudet er på?	51
• « <i>Det ser fint ut og høres flott ut</i> », men hvordan fungerer forebyggende barnevern i praksis	52
• Hvordan hjelpe de voksne i familien?	56
7. Hvem er tilbudet ment for	58
• « <i>Jeg har egentlig bare mannen min sitt nettverk</i> », og vi ser at behovet for nettverksbygging er viktig for mange foreldregrupper	59
• Hvordan kan foreldrene nyttiggjøre seg de tverrfaglige tilbudene på helsestasjonen	60
• Foreldre som får barn som fødes med spesielle behov, trenger ekstra oppfølging	63
• Hvordan kan pappa inviteres inn?	65
7.2 Drøfting av hvem fagfolkene og foreldrene mener det tverrfaglige tilbudet er til for?	67
• «skyss -en praktisk utfordring, eller andre utfordringer»	67
• Har det tverrfaglige tilbudet intensjon om å være nettverksbyggende?	70
• Ett sted og henvende seg for å få råd til sin situasjon	71
• Barn med spesielle utfordringer	72
• Har mor og far forskjellige behov for informasjon når de blir foreldre?	74
8. Empiri om fagfolks og foreldres tanker vedrørende informasjonen rundt de tverrfaglige tilbudene	76
8.2 Min drøfting av fagfolks og foreldres erfaringer med hvordan foreldre får informasjonen om tilbudene	81
• Informasjon om gruppetilbudene	81
• Foreldres påvirkning av temavalg på «Åpen helsestasjon»	82
• Hvordan synliggjøres barnevernets rolle gjennom god informasjon	83
• Hvordan håndterer fagfolk den samhandlende metoden?	86
• Forslag om hvordan det tverrfaglige tilbudet må gjøres kjent	87
9. Avslutning	88

Litteraturliste

i

Vedlegg

1) NSD godkjenning	vii
2) Samtykkeskjemaer	
a) Fokusintervjuet	ix
b) Ved empiri/drøfting for fagpersoner	x
3) Intervjuguider	
a) Brukt under fokusintervjuet	xi
b) For moderatorne for å få oversikt	xii
4) Plakat «Åpen helsestasjon»	xv
5) Temaliste	xvi
6) Plakat «Småtrølltreff»	xvii
7) Grupper i helsestasjonstilbudet	xviii

Sammendrag

Vestre Toten kommune prøver ut et tverrfaglig tilbud for gravide, foreldre og barn. Tilbudet er plassert på helsestasjonen, og kalles «Trygghet og trivsel for småbarnsfamilien». Hensikten med tilbudet er å finne fram til barn som står i fare for skjevutvikling, en skjevutvikling som kan føre til at de kan utvikle sårbarheter og senere psykiske lidelser.

I de siste tiår, er det forsket mye på hva som skjer vedrørende samhandling mellom foreldrene og spedbarnet. Spesielt med tanke på barnets utvikling av hjernen og av tilknytningsmønstre til de voksne. Videre er det fokus på hvilken foreldrekompetanse det er viktig å ha når man får et barn. Det første året i spedbarnets liv, er det viktigste året med hensyn til tilknytningsutvikling. Derfor ønsker fagmiljøene å prioritere veiledning og tiltak allerede fra livets begynnelse der dette trengs.

I Vestre Toten kommune finnes mye kompetanse hos fagpersonene i de forskjellige tjenestene. Flere av fagmiljøene i kommunen ønsker i dag å finne fram til barna som fødes med sårbarheter, de gravide og de foreldrene som trenger oppfølging. Den nye Folkehelseloven, vedtatt 24.06.11 nr.29 lovfester prinsippet om at det er «helse i alt vi gjør», og tydeliggjør ansvaret for å bruke virkemidler i alle sektorer. Loven skal sikre at «Forvaltningsorganene på alle nivå setter i verk tiltak og samordner innsatsen». Når det gjelder kommunens ansvar, blir helsestasjonen nevnt vedrørende det å identifisere spesielle

utfordringer. Samhandlingsreformen beskriver de fremtidige oppgavene kommunehelsetjenesten kan ha ansvar for, og regjeringen ønsker å styrke forebyggingsarbeidet (St.meld. nr.47,2008-2009). Samtidig beskriver NOU'en «Det du gjør, gjør det helt» kommunenes ansvar for å identifisere barn og familier med risikofaktorer ved at det gjennomføres generelle kartlegginger (NOU, 2009:22, kap.1, s.11). Det som kommer fram her, er ansvaret 1.linjen har.

Siktemålet med min master er å finne ut om Vestre Toten sitt tilbud «Trygghet og trivsel for småbarnsfamilien», når ut til de gravide, foreldrene og barna som trenger det. Får fagpersonene i dette tverrfaglige tilbudet til en god samhandling med hverandre, eller blir denne samhandlingen vanskelig? Og hvorfor blir dette vanskelig når man i utgangspunktet har så mange dyktige fagpersoner i kommunen? Videre ønsker jeg å finne ut om dette er en samhandling som foreldrene har bruk for, og om fagpersonene klarer å gi en god informasjon om tilbudet.

Studien foretas gjennom en kvalitativ tilnærming, fenomenologisk, hermeneutisk rettet, for å få frem de ulike fagpersoners og de ulike foreldres refleksjoner, tolkninger og erfaringer.

Metoden i studien er fokusintervjuer. Disse gjennomføres i en faggruppe og i to foreldregrupper. I fokusintervjuene kommer det fram hvordan en tverrfaglig samhandling vil fungere på helsestasjonens arena. De forskjellige fagpersonene og foreldrene synliggjør utfordringer rundt den tverrfaglige samhandlingen, og begge grupper har klare formeninger om hvilke foreldregrupper et tverrfaglig tilbud burde nå ut til. Det ble diskutert om foreldre uten definerte problemer har behov for slike tiltak, eller om tilbudene kun skal rette seg mot de som har spesielle behov i sin foreldrerolle.

Den teoretiske referanserammen i studien er tidlig intervensjon, barnets utvikling, risiko, resiliens, psykisk helse, forebygging, kartlegging, mentalisering, brukermedvirkning, tverrfaglig samhandling og samtykkekompetanse.

Nøkkelord: Samhandling, eget fag, foreldre, barn, tilknytning, kommunikasjon.

Summary

The municipality of Vestre Toten is testing out an interdisciplinary method. The intention of this method is to enhance the ability of health care and social service providers to identify children with an elevated risk for developmental deviation, with subsequent vulnerability for emotional distress and mental disorders in later life. The local Community Healthcare centre offers participation in a program called “Confidence and thriving in Infant parenthood. “

Over the past decades, a lot of research has been done concerning interaction between parents and the infant. Specially there is new knowledge about the connection between the brain’s physical development, and the various degrees of attachment that are established between infant and parent. This has lead to an increasing focus on parental ability, and which aspects that is vital in this regard, already in preparing for parenthood. The infant’s first year is crucial with regard to establish and develop attachment patterns. Therefore, the involved service providers wish to give priority to counselling and relevant measures where necessary, and as early as possible.

In Vestre Toten there is a lot of expertise to be found in the various services. There is a wish in the separate environments to be able to identify those children born already vulnerable, the pregnant women with liabilities, and the parents in need of counselling. The new law defining the community responsibility for public health promotion “Folkehelseloven”, passed 24.06.11 – and enforced 01.01.12 determines the overall principle of “health in all that we do”. The legislation is meant to ensure that every sector of municipal public service, also at the administrative levels, is aware of its responsibility, and obligation to collaborate its efforts, to this effect.

The regulations that follow the law, state clearly that the community healthcare centres for children are pivotal in identifying the specific challenges in question here.

The s.c. “Samhandlingsreformen”, is an enormous health- and community care reform with a massive focus on primary health promotion and disease prevention. It describes the prospects for community healthcare, and the subsequent responsibilities that must be faced. The government wishes to enhance these efforts - as stated in the “white paper” St.m 47 2008-2009. The national report “Det du gjør gjør helt” (literally translated - if you are going to do it, do it properly) – describes the municipality’s basic responsibility for being able to identify children and families at risk. And also for establishing general mapping routines that will

facilitate this. It is clearly stated that this belongs in the “first-line” of community care.

The aim of this paper is to find out if the services that Vestre Toten provides through the “Confidence and thriving in Infant parenthood” program reaches those pregnant, the parents and/or the children that need them.

Are the professional careproviders participating in this interdisciplinary project able to collaborate efficiently. Or is this more difficult than expected, in spite of the mutual consensual intentions and inherent competence of the professionals involved? If that be the case, I wish to expound on the reasons for this.

I also wish to examine which, if any, benefits this form of collaboration befall the parents involved. And finally to find out if the professionals involved are able to communicate adequate information about the program and its intentions to relevant target groups.

The study is based on a qualitative approach, with a phenomenological, hermeneutical perspective, in an attempt to visualise and clarify the variety of reflections, interpretations and experiences as stated by professionals and parents respectively.

The method used is Focus interviewing. This has been carried out in one group of professionals, and two groups of parents. The participants elaborate on how inter disciplinary collaboration seems to work in the Healthcarecentre context. Also, they express considerations, with regard to challenges that arise from this kind of collaboration. Both groups state precise opinions as to which parent groups this kind of interdisciplinary program should be aimed at. They also discuss whether parents without already defined problems should be encouraged to participate in the program or if it should be reserved for those already considered to require counselling in their role as parents.

The theoretical reference framework of this study is early intervention, knowledge of child-development, risk-evaluation, resilience, mental health, prevention (primary), mapping, mentalisation, user-participation, interdisciplinary collaboration and capacity for consent.

Keywords: Collaboration, own profession, parents, children, attachment, communication.

1. Innledning med bakgrunn, tema og problemstilling

Jeg har tatt utgangspunkt i helsestasjonen som arena for samhandlingen mellom tjenestene i kommunen. Med bakgrunn i rapport fra Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) og Telemarksforskning, uttaler Trine M. Myhrvold at jo mer bruk av forebyggende arbeid i kommunens helsestasjonstjeneste, jo mindre bruk av institusjoner og fosterhjem for barna (Aftenposten 7.februar 2013). Det å finne mulighetene og metodene for å komme inn tidlig overfor barnet, er min etiske og grunnleggende motivasjon til dette arbeidet. I Oppland Arbeiderblad 13. mars 2013 skriver Lars Braastad fra advokatfirmaet Lohne Krokeide as, et debattinnlegg under helse.

Jeg synes det er alvorlig når for eksempel en to år gammel jente ikke kan snakke fordi hun mangler språk, ikke har mimikk, ikke gråter når hun slår seg eller våkner om natta alene i senga – alt fordi hun har hatt en mor som ikke har stimulert barnet sitt, ikke kost eller snakket nok med henne. Denne jenta får aldri tatt igjen helt den mangelfulle utviklingen hun har hatt i starten av livet. Men en plassering hos fosterforeldre som gir henne omsorg, stimulering og utfordringer, gir henne i hvert fall muligheten til et godt liv (Braastad, 2013).

Dette debattinnlegget heter «Barnevernet hjelper barn», men i min masteroppgave ønsker jeg å se på hvordan kommunens tjenester kan samhandle nettopp rundt en slik situasjon. Jeg vil se på samhandlingen før barnet får de symptomene som her er beskrevet. Hvordan kan vi komme i posisjon og oppdage at mor trenger hjelp, eller hvordan kan mor bli trygg på å spørre etter hjelp selv? Min motivasjon går på at noen mødre kan vi hjelpe hvis vi kommer tidlig nok inn.

I debattinnlegget er omsorgspersonens problemer oppdaget for sent. For å komme i posisjon til å hjelpe, må jeg se på dagens forskning om hva som forstyrrer foreldrerollen, og hvilke utfall vi ser på barnet og på familien. Jeg må se på utfordringene kommunene har for nettopp å få til dette. Vestre Toten kommune har et samhandlingsprosjekt. «Trygghet og trivsel for småbarnsfamilien», og det ble naturlig å se hvordan de i dette prosjektet klarer å ta tak i disse utfordringene. Jeg har hentet inn diskusjon fra tre fokusintervju. To med foreldre med barn i aldersgruppen tilbudet retter seg mot, og en med fagfolk som har vært med på prosjektet.

Min bakgrunn er som helsesøster i over 20 år. Jeg har derfor vært med på utvikling av helsesøstertjenesten over en lang periode, og har i alle disse årene vært opptatt av å finne fram til helheten rundt de utfordringene familiene har. Interessen for helhetstenkning er uavhengig om det dreier seg om dagens utfordringer eller utfordringer som var i tidligere tider. Når man jobber med en familie, sitter ikke en yrkesgruppe med svaret. Vi kan ikke sitte på hvert vårt

kontor å finne bredden i hjelpen vi skal gi. Jeg har derfor vært ivrig i å få til et godt tverrfaglig arbeid. Definisjon på tverrfaglig samarbeid er: «Når flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål»(Glavin, & Erdal, 2007,s. 25). I denne masteroppgaven velger jeg å bruke begrepet samhandling. Samhandling er et begrep St.meld. nr.47 (2008-2009), Samhandlingsreformen bruker. Der forklares samhandling som en metode hvor det koordineres og gjennomføres tiltak fra flere fagpersoner, og dermed har ikke en tjeneste med sin fagperson totalansvaret for tiltakene.

I sammendraget av høringsgrunnlaget for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) skriver Anne Grete Strøm-Erichsen i forordet, at «Det skal satses mer på forebyggende arbeid og tidlig innsats for å begrense plager og lidelser og hindre at sykdom utvikler seg. Pasienter og brukere skal møte mer helhetlige og koordinerte tjenester» (Helse- og omsorgsdep., 2011,s.1). Det nevnes og at utfordringene går på at pasienters behov blir møtt på en samordnet og helhetlig måte, på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Videre tas det opp faglighet og kvalitet og etisk bevissthet. Økonomisk skal ressurser flyttes tidligere ut i tiltakskjeden. Et mål er økt egenmestring, andre mål er: tilgjengelig, brukervennlig og samarbeidsorientert med tydelig og oversiktlig informasjon. (Helse- og omsorgsdep., 2011 s.23).

Problemstilling:

Hvordan fungerer helsestasjonen som arena for tverrfaglige lavterskeltilbud til gravide og foreldre til barn fra 0-2 år? Og hvordan fungerer samhandlingen mellom fagpersonene?

Denne problemstillingen fremmer flere spørsmål.

- Hvordan samhandler fagpersonene opp mot familien som en helhet?
- Hva fremmer og hva hemmer en god samhandling?
- Hvem er det det tverrfaglige tilbudet fungerer overfor?
- Hvordan fungerer informasjonen ut til foreldrene, og hvordan føler de seg hørt?

Jeg ønsker å identifisere utfordringer hos barnet og foreldrene tidlig. Både fysiske, psykiske og sosiale utfordringer. Hvordan blir samhandlingen med foreldrene eller med den gravide når man trekker inn andre faggrupper i utfordringene disse møter?

En stor utfordring blir det å ha rollen som forsker, og ikke helsesøster. Jeg skal møte de innspillene jeg får fra fokusintervjuene med undring og nysgjerrighet. Siden fokuset er rundt helsestasjonens arena, blir bevissthet om hvilken rolle jeg har som forsker, viktig.

Med hensyn til avgrensinger, ligger hovedfokuset mitt på gruppen foreldre med barn mellom 0 og 2 år og på de gravide, med mindre fokus på foreldre til småbarn fra 2 år til skolealder. Skolebarn er ikke berørt i min studie.

Vestre Toten kommune har siden 2010 vært med i Modellkommunesatsingen, en statlig satsning fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) i samarbeid med helsedirektoratet. Satsingen ble lansert november 2007 av statsrådene Sylvia Brustad og Manuela Ramin-Osmundsen, og går fram til 2014. Den har gravide og foreldre med barn 0-6 år i fokus. De satser mot foreldre som har utfordringer med rus, vold og psykiske sårbarheter. Hensikten er å utvikle langsiktige og systematiske tiltak for denne gruppen. Det er 26 kommuner fra de 5 helseregionene i landet med i prosjektet (Rapport 2010). Kommunene tilføres faglige oppdateringer vedrørende hvilke utfordringer voksne har som kan få konsekvenser for foreldrerollen, og om hvilke konsekvenser det får for barnets utvikling når foreldre strever med disse utfordringene. Det gis opplæring i kartlegginger og oppfølgingsmetoder for fagpersonene.

Det er mange veier å gå for å få til en samhandlende kommunal tjeneste. Jeg har valgt å se på samhandling med utgangspunkt i «Trygghet og trivsel i småbarnsfamilien», som først og fremst er et tverrfaglig tilbud på helsestasjonen.

I kapittel 2 tar jeg for meg helsestasjonen, litt historikk, dens plass i de kommunale tjenestene, lovhjemler og satsinger. Kapittel 3 omhandler forskning vedrørende barnet og foreldrene og temaene jeg berører. Kapittel 4 omhandler teori vedrørende brukermedvirkning, samarbeid og samtykke. Kapittel 5 omhandler metoden min, og kapittel 6,7 og 8 selve empirien fra fokusintervjuene og drøftingen rundt denne. Deretter avsluttes studien med mine refleksjoner i kapittel 9.

2. Helsestasjonen

Helsestasjonen vil kunne være med å sikre at FNs barnekonvensjon om barnets rettigheter blir ivaretatt, fordi helsestasjonen følger opp alle nyfødte barn. Denne konvensjonen ble vedtatt i FN 20.11.89, og inkorporert i norsk rett i 2003. Den gir barnet rett til: helsetilbud, omsorg og beskyttelse, sosial trygghet og tilstrekkelig levestandard, utdanning, hvile og fritid og «den har forrang dersom det oppstår motstrid mellom konvensjonen og annen norsk lovgivning» (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013, s.11).

Helsestasjon og skolehelsetjeneste er for gravide, og barn og unge mellom 0 og 20 år. Denne tjenesten skal forebygge sykdom og skade, og fremme fysisk og psykisk helse og gode miljømessige og sosiale forhold. Dette gjøres ved forebyggende psykososialt arbeid, veiledning, opplysning, råd, undersøkelser og vaksineringsarbeid. «Tjenesten har særlig oppmerksomhet rettet mot gravide, barn og unge med spesielle behov, samt sårbare og utsatte grupper» (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013, s.76). Den har en viktig rolle med å forebygge psykiske lidelser og fange opp tidlige signaler på avvik i utvikling, mistrivsel og omsorgssvikt. Dette skal gjøres sammen med psykisk helsevern (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2009).

Den første helsestasjonen ble åpnet på Tøyen i Oslo i 1911 av professor T.B.C. Frølich, og ble drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS). Den ble kalt barnepleiestasjonen. I starten handlet det om kostholdsveiledning, oppmuntre til amming av barnet, og tran og melk til mor. Ernæring, forebygging av infeksjoner og hygiene var viktige områder. Senere tok livsstilsykdommer og ulykkesforebygging fokus, før det i dag er psykososiale problemer som dominerer. Eksempler på dette fokuset er bl.a. Helse- og omsorgsdepartementets St.meld. nr. 25: «Åpenhet og helhet», hvor kap.3.2 omhandler forebygging av psykiske lidelser og psykososiale problemer. Her nevnes foreldreveiledningsprosjektet som «søkte å styrke foreldre i deres rolle som oppdragere og omsorgspersoner»(St.meld.25,1996-97,s.63). Dette er et eksempel på et primærforebyggende tiltak som påvirker psykisk helse. Videre nevnes regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: «Sammen om psykisk helse», «hvor delmål 1.2: et helsefremmende og forebyggende samfunn» (Helsedep. ,2003,s.19). Denne tar opp hvordan familien legger grunnlaget for barnets personlighet og trygghet, og hvordan manglende oppfølging kan få konsekvenser for barnets psykiske helse. Her påpekes at «tidlig hjelp er god hjelp» ((Helsedep. ,2003,s.19). Ved siden av disse utfordringene har vaksinasjon, barnets utvikling, språk, søvn og kost vært områder det er veiledet på og jobbet

med (Landsgruppen av helsesøstre (Lah),(Nr.1-2012), s.68). Samfunnsutviklingen i dag, med raske endringer og en sammensatt befolkning, gjør at vi får nye utfordringer (Lah, Nr.2-2012 s.54). I årene med opptrappingsplanen for psykisk helse: 1999-2006, ble det fokus på en helhetlig tenkning. En målsetning var «Sektorer og tjenesteytere må se det som en oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer» (Helse - omsorgsdep. 2004). Kap.4.3.2 handler om hvordan helsestasjon og skolehelsetjenesten skal styrkes, fordi dette tilbudet benyttes av nær 100 % av sped- og småbarnsfamiliene (Helse - omsorgsdep. 2004). Dette er en god arena for å fange opp utsatte, sårbare grupper.

Helsestasjonstjenesten er gratis, lett tilgjengelig og er der for alle uansett status og etnisitet. Alle barn har rett til helsekontroller, og foreldrene skal sørge for at barnet får dette. Helsestasjonstjenesten er en lovpålagt tjeneste, og den er et lavterskeltilbud. «Helsestasjonen er den eneste tjenesten som vurderer barnas helse på faste tidspunkter de første leveårene» (Rapport fra helsetilsynet, 2012, s.5). Tjenesten jobber etter veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450(1).

Helsestasjonen jobber med veiledning av foreldrene. Veiledningen tilpasses den enkelte familien, og det jobbes ofte med å senke forventninger og dermed stress ved det å bli foreldre.

Rapport 2011:1 fra folkehelseinstituttet fremhever helsestasjonens befolkningsrettede, grupperettede og individrettede oppgaver. Helsestasjonen skal forebygge at problemer oppstår, og at de utvikler seg videre. Samtidig har helsestasjonen et kartleggings- og informasjonsansvar overfor myndigheter, politikerne og de andre kommunale tjenestene. De ansatte på helsestasjonen skal følge med på oppvekstmiljøet til barn og unge i nærmiljøet, og påpeke hvilke utfordringer som må tas tak i (Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011, s.40). Tiltakene som nevnes i rapporten, er blant annet at det bør tas systematiske utredninger for å finne barn som strever, og kartlegge alvorlige risikofaktorer som vold, rus og psykiske lidelser.

Helsesøster er utdannet og autorisert som sykepleier, med videreutdanning innen helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge. Hun er den eneste kommunale heltidsansatte som jobber kun forebyggende. Samtidig jobber hun i samarbeid med lege, fysioterapeut, opp mot barnehagene og skolene, og har god erfaring i å jobbe med andre faggrupper med et samhandlende perspektiv.

Samhandlingsreformen vil styrke samhandling på tvers, samtidig som det foretas en god ansvarfordeling. Det forventes at tjenestene er trygge, sikre og kunnskapsbaserte. Brukerne involveres slik at «fremtidens helsetjenester jfr. Samhandlingsreformen skal opptre samordnet, sømløs og preget av kontinuitet» (Lah, nr.2-2012, s.57).

I 132 kommuner i Norge er det nå startet opp Familiens hus/Familiesenter. I 2012 kom det ut en rapport- 3 fra RKBU som viser at av 99 familiens hus, har 88 av dem helsestasjonen som en del av tilbudet (Gamst & Martinussen, 2012). Målet for Familiens hus/ familiesentra er «at hele barnet og familien skal kunne ses under ett. Man skal ikke sektorisere problemene» (Gamst & Martinussen, 2012, s.16), og intensjonen er et helhetlig tilbud.

Vestre Totens helsestasjonen har startet opp prosjektet: «Trygghet og trivsel for småbarnsfamilien» som har noe av den samme intensjonen i seg. Tiltakene i prosjektet er:

- Økt samhandling mellom helsesøster/jordmor/fysioterapi og fastlegene, kommunens psykiatritjeneste, NAV, pedagogiskpsykologisk tjeneste, barnehagene og barnevern.
- «Åpen helsestasjon» - hver tirsdag kl. 12-13.(Vedlegg 4) Det er ingen timebestilling.
 - Konsultasjon. Foreldrene kan møte en representant fra NAV, representant fra barnevern, representant fra psykiatritjenesten i kommunen eller helsesøster.
 - Informasjon. En fagperson har informasjon på 20 minutter, evt. med temaer foreldrene selv har ønsket. Det lages en 3-4 mnds temaliste (Vedlegg 5).
- «Småtrølltreff»: (Vedlegg 6), et gratis tilbud for barn og foreldre en dag i uken, 2 timer for gruppen 0-8 mnd, og 2 timer for gruppe 8 mnd til 2 år. Tilbudet er et samarbeid mellom foreldreveileder, kultur og frivilligsentralen.
 - Musikk fra livets begynnelse, kafé og trilletur.
 - Nettverksbygging og hygge, etablere samhandling foreldre imellom.
- Faste grupper i helsestasjonens obligatoriske program (vedlegg 7).
 - Når barnet er 2 måneder: Gruppe med representant fra barnevernet og helsesøster. Tema: Foreldrerollen
 - Når barnet er 4 måneder: Gruppe med fysioterapeut og helsesøster. Tema: Utvikling, motorikk og kosthold.
 - Når barnet er 7/8 måneder: Gruppe med førskolelærer fra barnehagene og helsesøster. Tema: Forberedelse til tilbake i jobb. Evt. barnehageoppstart.

Tjenestene som er med i prosjektet tilbys mange forskjellige kurs. Kursene er samhandling, kartleggingsverktøy for å finne foreldres sårbarheter innenfor rus, vold og psykisk helse,

motiverende intervju (MI) og støttesamtaler. Samtidig får fagfolk opplæring i barnets utvikling, og hvordan foreldres sårbarheter kan påvirke denne. Mye av opplæringen foregår i regi av Modellkommuneprosjektet. Vestre Toten er en av de 26 kommunene som er med for å finne frem til gode modeller for langsiktig og systematisk oppfølging av barn av foreldre som har psykiske problemer og/eller misbruker rusmidler. Oppfølgingen omhandler svangerskapet og foreldre med barn opp til skolealder. St.meld. nr. 16 (2002-2003) påpeker behovet for å styrke kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. Til dette kreves bedre kompetanse om tidlige intervensjonstiltak for hjelp til barn av psykisk syke og foreldre med rusproblem. Jfr. «barn som vokser opp i familier som er belastet pga. sykdom hos foreldrene» (Helsedep., 2003, s. 43). I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse er et av delmålene: «Tydeliggjøre voksnes ansvar og styrke foreldrerollen» med bakgrunn i barns rett til beskyttelse og omsorg i FNs barnekonvensjon (Helsedep., 2003, s. 18).

3. Forskning på temaene som ligger til grunn for hvorfor jeg ser på tverrfaglig samhandling på helsestasjonen

Prosjektet «Trygghet og trivsel for småbarnsfamilien» ligger under et større prosjekt i Vestre Toten kommune. «Samordning av tjenester for barn og unge». Hovedmålet for dette prosjektet er: «Legge til rette for bedre samordning av tjenester for barn og unge». Og hensikten er «tidlig intervensjon». Problemer hos brukergruppen blir avdekket på et tidlig tidspunkt og riktige sammenhengende tiltakskjeder vil kunne bli satt inn, dvs. å styrke tverrfaglig kommunalt samarbeid innen tidlig innsats. Hovedmålet for prosjektet «Trygghet og trivsel i småbarnsfamilien» er: «Skape trygghet og trivsel rundt småbarnsfamilien for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge».

Tilbudene på helsestasjonen må ha metoder som fanger opp de foreldre som trenger støtte og veiledning. Dette er for at barnet ikke skal utvikle sårbarheter og senere psykiske lidelser.

Delmålene er:

- Å identifisere utfordringer hos den gravide, foreldrene og barnet tidlig, både fysisk, psykisk og sosialt slik at det kan settes inn tiltak på et tidlig tidspunkt.
- Å skape nettverk mellom foreldrene.
- Å ha et godt kvalitativt og lett tilgjengelig tilbud, gjøre tjenester i kommunen godt kjent og at brukerne får en følelse av å bli «hørt». Foreldrene skal oppleve helhet i tjenesteytingen og at de ikke blir sendt fra sted til sted når de skal ha tjenester.

Jeg har hentet inn erfaringer og meninger fra fagfolk og foreldre som har vært med i prosjektet «Trygghet og trivsel i småbarnsfamilien». Prosjektet «Samordning av tjenester for barn og unge» vil virke inn på hvilke prosesser kommunen som helhet går igjennom, og begge prosjektene vil virke inn på hverandre.

3.1 Tidlig intervensjon

«Hensikten med tidlig psykososial intervensjon er å forsterke, berike og utvide de positive erfaringer i barns samspill med omsorgsgivere» (Rye, 2002, s.31). Det tas utgangspunkt i foreldrenes og barnets ressurser for å bedre familien og barnets erfaringsmiljø (Rye, 2002). De senere års forskning viser hvor viktig det er å se på starten i barnets liv. Barnet er helt fra fødselen av «predisponert for sosialt samspill med sine omsorgsgivere» (Rye, 2002, s.46). Hundeide skriver om «barnets utvikling som en kulturell utviklingsprosess» (Hundeide, 2009, s.30). Han beskriver omsorgsgivere som veivisere inn i vårt kulturelle fellesskap. Utviklingsforstyrrelser hos barnet kan skje hvis omsorgsgiver svikter eller bryter sammen. Barnet er avhengig av foreldres evne til å se og akseptere sitt barn. Det trenger foreldre som engasjerer seg følelsesmessig og positivt, som har evne til innlevelse med barnet, som prioriterer de utviklingsmessige behovene barnet har, og med realistiske forventninger (Killèn & Olofsson, 2003, s.64). Når omsorgsgiver reagerer sensitivt, oppfatter han/hun barnet som en person, et medmenneske med samme behov som en selv, «samme behov for å bli respektert, elsket, inkludert og forstått» (Hundeide, 2009, s.31). Hundeide mener det er viktig å kartlegge foreldrenes oppfatning av barnet: «å vite noe om de egenskapene som barnets omsorgsgiver tilskriver barnet» (Hundeide, 2009, s. 34). Barns selvforståelse påvirkes av disse forklaringsmodellene til foreldrene. Kompetansen de bygger opp ved nettopp å leve i sin familie, påvirker utviklingen av ferdighetene, kunnskapene og holdningene deres. Hvis forelderens har personlige problemer, kan barnet bli et redskap for å opprettholde egne behov for selvrespekt. Det å være et redskap kan begrense barnets naturlige utvikling og være uheldig (Hundeide, 2009, s.53).

3.2 Barnets kognitive og nevrobiologiske utvikling

Hjernens utvikling er avhengig av det genetisk og det pre- og postnatale miljøet. Hjernens utvikling starter et par uker etter befruktning. Etter fødselen skjer en viktig formingsperiode hvor det lages nettverk og modnes celler. Nå aktiveres grupper av nerveceller og disse kobles sammen i nettverk. Dette er avhengig av hvilke samspillserfaringer omsorgsgiver gir barnet. I følge Greenoug, Black & Wallace, (1987) foregår det nå en synapsetynning hvor de synapseforbindelsene som blir lite aktive, elimineres. Omsorgserfaringene i det første

leveåret, er nær knyttet opp mot celleelimineringen og synapsetynning (Hansen & Jacobsen, 2006).

En annen betydning i barnets første levemånader, er hvis barnet blir eksponert for repeterende stress. Nevrobiologiske mekanismer kan påvirkes, og gi langvarige virkninger. «De stressresponderende systemene inkluderer blant annet hypotalamus – hypofysen og binyrebark-aksen (HPA-aksen). Her representerer kortisol, et steroid hormon, det primære sluttproduktet (Smyth et al., 1998)» (Hansen & Jacobsen, 2006, s.39). Det som kan hjelpe barnet til å organisere stress, er omsorgspersonens evne til og hjelpe barnet å regulere. Et barn med et hyperaktivt stressresponssystem, kan streve med dårlig stressmestring videre i livet. Når disse utviklingsområdene blir rammet, vil barnet kunne streve med tilknytning og mentalisering senere. Hvis foreldre strever med sin voksenrolle eller sin foreldrerolle, blir det viktig å tenke på denne utviklingen hos barnet.

3.3 Risiko og resiliens

Risikofaktorer for barn kan være noe som er skjedd med barnet selv, f.eks. prematuritet, eller mor kan ha eksponert seg for rus i svangerskapet. Det kan også være at en av foreldre har en depresjon eller er en lite funksjonell omsorgsutøver.

Det som er bekymringsfullt ved disse risikoene i spedbarnsalder, er forstyrrelser i barnets utvikling av tilknytning. Denne utviklingen er sentral i barnets spebarnstid. «Bowlby (1960a, 1980, 1988) utviklet den teoretiske referanserammen for å studere barns tilknytning til sine foreldre. Og hans hovedhypotese var at alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere, uansett hvordan de blir behandlet» (Killèn. & Olofsson, 2003, s.79). Ainsworth fant tre tilknytningsstiler: Trygg, unnvikende og ambivalent (Ainsworth mfl. 1978) (Kvelling, 2011, s. 89). Hun kalte trygg tilknytning B, og kalte de utrygge A og C. Main og Solomon 1986 fant en tilknytningsstil til D: Desorganisert. De fant denne på traumatiserte barn. Hvilken tilknytningsstil barnet har, kommer best fram når barnet utsettes for en moderat grad av stress (Kvelling, 2011).

Det finnes mange definisjoner av resiliens, og jeg velger Rutter sin fra 2000. «Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativt stor risiko for å utvikle problemer eller avvik» (Borge, 2005, s.15). Barn som takler vanskelige livsforhold og stress, og allikevel utvikler seg er resiliente barn. De tåler bedre belastninger uten å få varige skader. Slik som det å leve med foreldre som strever med psykisk plage, rus eller aggresjon. Men «de siste 15 år

har forskning og praksis i økende grad vektlagt systemenes betydning for barns og unges utvikling av resiliens, og dermed en bevegelse over til systemrettede studier og forklaringer av forskningsfunnene på resiliens (Roberts & Masten 2004, Yates og Masten 2004)» (Kvello, 2011,s.156). For fagpersonene er det vanskelig å skape resiliens hos barnet. Barnet er avhengig av sensitive foreldre, eller andre nære personer. Det blir viktig for fagpersonene å «forstå de prosesser og utviklingsveier som ligger til grunn for normativ utvikling og utviklingen av psykopatologi» (Moe, Slinning & Hansen, 2010, s. 49). Lars Smith skriver videre at risikofaktorene egentlig ikke er de som skaper vansker hos barnet, disse påvirker barns tilpasning via komplekse prosesser. Barn reagerer og utvikler seg forskjellig i situasjoner med en bestemt utviklingsbakgrunn, men fagpersoner må komme tidlig inn og sette inn tiltak før barnet utvikler forstyrrelser (Moe, Slinning & Hansen, 2010). Tiltaket overfor barnet kan igangsettes fordi foreldrene har vansker. Samtidig blir det viktig å se etter en begynnende skjevutvikling hos barnet.

Faktorer som fremmer resiliens:

- Aktivitet, barn har en egen evne til å gjøre noe med en situasjon.
- Realisme istedenfor fantasi, for å øke tilpasningen inn i den situasjonen de er i.
- Normalisere adferden sin under til dels unormale forhold.
- Økt ansvar, bidra med sitt i familien, framfor hjelpeløshet, nettopp for å utvikle egenverd (Borge, 2005, s. 126).

3.4 Psykisk helse

Jeg velger å bruke definisjoner og begreper fra folkehelseinstituttet: WHO (Verdens helseorganisasjon) sin definisjon av psykisk helse: «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (Major, 2011). Psykiske plager er «plager som kan gi høy symptombelastning». Man kan ha psykiske plager i lang tid eller i en kort periode uten at dette blir definert som diagnose. Psykisk lidelse er store symptombelastninger som gir en diagnose. Diagnosekriterier er ICD fra WHO (Internasjonal sykdomsklassifikasjon) eller DSM (– amerikansk diagnostiseringssystem.)

Prosjektet «Trygghet og trivsel for småbarnsfamilien» har satt seg som mål å legge til rette for at det skapes denne tryggheten og trivselen. Det er viktig å oppnå mestring i voksenrollen, slik

at man får realisert og håndtert foreldrerollen på en god måte overfor barnet. Når barnet møter en nær og tilstedeværende voksen, vil dets muligheter for selv å oppnå en god psykisk helse forsterkes som beskrevet i forrige avsnitt. Familien er utgangspunktet for barns utvikling av trygghet og personlighet. «Når familien av ulike årsaker ikke klarer å gi barnet den oppfølgingen det har behov for, har dette følger for barnets psykiske helse» (Helsedep., 2003, s.19).

Det tverrfaglige tilbudet i Vestre Toten kommune er sammensatt av fagfolk som jobber med voksnes utfordringer, og fagfolk som jobber med barn. Det å ha med psykiatritjenesten og NAV, gjør at tilbudet lettere får tilgang til kunnskap om voksnes rusbruk, voldsproblemer og psykiske lidelser. Halså mener fagfolk må ha forskningsbasert kunnskap om hva foreldre med psykisk sykdom strever med, og hva de syns er vanskelig i hverdagen med barn. (Halså, 2004). De må ha kunnskap om hvordan dette virker inn på barna.

3.5 Forebygging

Siden helsestasjonen er en forebyggende arena og helsesøster «kommunens eneste heltidsansatte forebygger» (Major et al, 2011), må begrepet forebygging omtales.

Når målet er å forebygge sykdom, reduserer man kjente risikofaktorer i miljøet og hos personene det gjelder. Dette kalles sykdomsforebyggende arbeid og er etter Gerald Caplan (1964) blitt delt i tre kategorier. Primærforebygging – før sykdom er oppstått, sekundærforebygging – når sykdom er oppstått, men man kan forebygge at det utvikler seg videre skjevutvikling, og tertiærforebygging – etter at sykdom er behandlet, og man kan dermed forhindre videre utvikling. På 1990 tallet ble tre nye begrep introdusert: Universell – tiltak mot folk flest. Tiltak med stor effekt for samfunnet, men liten effekt for enkeltindividet. Selektiv – tiltak mot grupper med forhøyet risiko for utvikling av sykdom. Kan ha god effekt på individet og gruppene, men mindre på samfunnet. Indikativ - tiltak rettet mot individet med stor risiko for utvikling av sykdom. Tiltak med stor effekt for individet, men liten effekt for samfunnet. (Major et al, 2011). En god og billedlig måte å se dette på er den såkalte «Traktmodellen» fra the Institute of Medicine, 1994 (Neumer & Aalberg, 2003, s.93). De tverrfaglige tilbudene som er lagt på helsestasjonen faller inn under disse begrepene om forebygging. Det å finne fram til foreldre som strever før barnet utvikler egne sårbarheter krever en god samhandling mellom de som jobber med de voksne, og de som jobber med barn. Selve samhandlingen byr på store utfordringer innenfor dette forebyggende perspektivet.

3.6 Diagnostisk kultur. Kartlegging av barnet eller foreldrene

Nasjonalt Folkehelseinstitutt skriver at helsestasjonen skal finne frem til oppvekstforhold som kan føre til at barn utvikler psykiske lidelser gjennom kartlegging, og oppdage begynnende problemutvikling hos barnet ved screeningsundersøkelser (Major et al., 2011). Men det er samtidig diskutert mye i fagmiljøet til helsesøstertjenesten om helsestasjonen skal ha et så klart individfokus. På helsesøsterkongressen 2011 var et av temaene om individfokuset kunne være med å svekke helsestasjonens folkehelseperspektiv? En kartlegging av helsetjenestetilbudet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Sør-Trøndelag i 2009 viste en svekkelse av de forebyggende og helsefremmende tjenestene, og dette er « i kontrast til den rollen helsestasjons- og skolehelsetjenesten er forutsatt å ha i samfunnets innsats for barn og unge, jfr. Regjeringens satsing på barn og ungdom» sier (Ervik, 2011).

Prosjektet «Trygghet og trivsel rundt småbarnsfamilien» har som et av delmålene å identifisere utfordringer hos den gravide, foreldrene og barnet tidlig, både fysisk, psykisk og sosialt slik at det kan settes inn tiltak på et tidlig tidspunkt. Det er derfor viktig å finne frem til de som strever. Men på hvilken måte?

Forskjellige samfunn kan ha forskjellige verdier. Vi må vite om hvilke verdier som er vesentlige innenfor de forskjellige samfunn. Dette gjør at man må se etter «meningsfulle sammenhenger i den enkeltes liv» (Hundeide, 2009, s.154). Man må se etter personens verdier og mål, bakgrunn og interesser. Standardiserte tester av barns kompetanseutvikling i dagens samfunn gir oss kun en side av barnets situasjon. Den sier ikke noe om «sammenhengen mellom barnets livsbakgrunn og den interesse- og evne- strukturen barnet har utviklet» (Hundeide, 2009, s.157). Er det riktig å sette »diagnose» på barnet? Hvordan påvirker dette barnets selvfølelse? Hvordan foreldrene oppfatter barnet, virker inn på hvordan barnet blir behandlet, og selvfølelsen det utvikler. For å utvikle en god selvfølelse må barnet bli sett og møtt som det er. Foreldre som har store problemer med seg selv, vil ha problemer med dette. Noen foreldre ser ikke barnets behov, og gir kun omsorg utfra egne behov i utakt med barnet(Killèn & Olofsson, 2003, s.16).

Dette blir to ting. Det ene er diagnostisering av barnet uten å ta med de forhold det lever under. Det blir feil å diagnostisere barnet hvis det er foreldrene som strever. Dette skriver Hundeide om. Mens det andre er diagnostisering av den voksne forelder, for nettopp å finne sårbarheter hos denne som skader barnet over tid, og som kan føre til psykiske problemer senere. Det stilles spørsmål om denne kartleggingen av de voksne, sykeliggjør en normal

psykisk plage. En normal psykisk plage vil mange oppleve i en lengre eller kortere periode i livet, uten at dette kvalifiserer til en diagnose (Major et al, 2011). Den tiden de voksne har plagene, er det viktig å kartlegge dette, for å hjelpe til med barnets omsorgssituasjon akkurat da. Mennesker med rusproblemer har ofte en mistillit til systemene, pga. oppvekst og/eller måter de er blitt møtt på. Konsekvensen kan bli at de lar være å bruke tilbud rundt barna av redsel for og «miste» dem. Det gjelder svangerskapsomsorg, helsestasjonstilbud med flere. Det kan være vanskelig å kartlegge omsorgssituasjonen rundt disse barna. Fagpersoner kan beskytte seg ved «å lukke øynene» fordi de ikke ville se eller erkjenne det de faktisk ser. «Som profesjonelle bruker vi ulike strategier til å beskytte oss i møtet med foreldre og barn i omsorgssviktsituasjoner» (Killèn, & Olofsson, 2003, s.16). Det være seg «overidentifisering, benekting, bagatellisering, distansering, bruk av drømmeløsninger og fornektning» (Killèn, & Olofsson, 2003, s.16). Det å trekke inn barnevernet når man jobber med en voksen forelder med rus eller psykisk problematikk, er ofte noe voksentjenesten syns er vanskelig. Dette er fordi de er redd for å miste alliansen med den de har i behandling. Bergljot Baklien skriver i sin kronikk om holdninger og forventninger fagfolk har til barnevernet, og at de ofte tenker det kan bli vanskeligere for barnet (Baklien, 2009). Det blir viktig å integrere kunnskaper om dette på en måte slik at man kan anvende den. En holdningsendring, bevissthet rundt unngåelsesstrategiene (Killèn, & Olofsson, 2003, s.16). Her er det mye å ta tak i og være observant på, i de samhandlende tverrfaglige tilbudene på Vestre Toten sin helsestasjon. Dette er handlingskompetanse.

3.7 Mentalisering

Mentalisering er et begrep vi ønsker at foreldre skal forstå. Finn Skårderud definerer mentalisering som «våre muligheter til å forstå oss selv og å forstå den andre (Fonagy et al. 2002)» (Skårderud, 2011, s.136). Et mål er at foreldre som strever skal forstå tankene, opplevelsene, følelsene, preferansene, motivene og så sette alt dette sammen for å skjønne seg selv. Men også det å forstå den andre – her barnet. Det handler om nysgjerrighet, det å undre seg om hva som ligger bak en handling. Det vil minne oss om hvor ulike mennesker er, men også gjenkjennelse. Man kan ikke regne med at en blir forstått, men klargjøre hva man mener, og spørre/ta andres perspektiv. Altså kommunikasjon og fortolkninger, «Fonagy(2001) beskriver nettopp mentalisering som evnen *to hold mind in mind*»(Kvello, 2010, s.48). På «Åpen helsestasjon» er det praten mellom foreldre og forskjellige fagfolk som kan være med å utvikle denne forståelsen rundt det å ha blitt foreldre. Denne prosessen kan foregå i alle gruppene på helsestasjonen.

4. Essensiell teori opp mot problemstillingen

4.1 Brukermedvirkning

Brukergruppen for Vestre Toten kommune sitt tverrfaglige tilbud er gravide, foreldre til barn 0-6 år og barnet selv 0-6 år. Opptrappingsplanen for psykisk helse prioriterer bl.a. brukerrettede tiltak for å bidra til økt kvalitet av tjenestene, både i utforming av tjenestene og med innflytelse på egen behandling (Helse- omsorgsdep. 2004, kap.4.1.1). Barnet som bruker, er styrket i at: «Barns rett til å si sin mening, bli hørt og respektert i forhold som berører barnet, er et av de grunnleggende prinsippene i FN's konvensjon om barns rettigheter, jfr. Art.12» (Sos.og Helsedir., 2007, s.26). Foreldrene og fagpersonene er de minste barna sine brukerrepresentanter. Dette er et viktig poeng når det gjelder arbeid med små barn. De er ikke i stand til å se sine egne behov, og må ha en voksen til å passe på at disse behovene oppfylles. Enten foreldre, eller fagfolk hvis foreldrene ikke mestrer dette. Når det gjelder brukermedvirkning kommer fagfolk i en slags dobbeltfunksjon. De må være barnets stemme, samtidig som de representerer hjelpeapparatet.

Jeg ønsker å bruke veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen sin definisjon: «Brukermedvirkning er brukerens innflytelse på saksbehandlingen og utformingen av tjenester og det enkelte møte mellom bruker og tjenesteutøver. Brukermedvirkning er lovpålagt og skal være ettersporbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøvers plikter er ivaretatt. Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet og betyr ikke at behandleren fratas sitt faglige ansvar»(Sos.og Helsedir., 2007,s.67).

På systemnivå er det viktig med brukermedvirkning for å videreutvikle, gjennomføre og evaluere tiltakene (Sos. og Helsedir., 2007). Dette handler om kvalitetskontroll, og det kan lages rutiner i selve tilbudets internkontroll. Rapport nr. 3 fra universitetet i Tromsø viser til tilbakemeldinger fra 100 virksomheter fra 132 kommuner som har «familiens hus/familiesenter- modellen». Denne viser at kun 46 % har gjennomført egne brukerundersøkelser (Lassen, 2012)

For at brukeren skal kunne gjøre bruk av denne rettigheten, må han/hun ha informasjon, og retten til informasjon står bl.a. i forvaltningsloven § 11, helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10, pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 og § 3-4 og psykisk helsevernlov §6.

Mange brukerundersøkelser «kan ikke betraktes som brukermedvirkning fordi brukerne hverken deltar som aktører eller selv presenterer sine meninger» (Seim & Slettebø, 2007,

s.116). I min oppgave ser jeg på hvordan de tverrfaglige tiltakene fungerer på helsestasjonens arena, og hvorfor det er viktig å få med brukerens stemme for å få til et godt tilbud.

4.2 Tverrfaglighet

I Vestre Toten jobbes det for å hjelpe foreldrene som strever med sin foreldrekompetanse, slik at barnet ikke skal utvikle symptomer på en vanskelig oppvekstsituasjon. Derfor prøves det ut en metode, tverrfaglig samarbeid. Det er laget et strukturert samarbeid, samlet på helsestasjonen. Fagpersonene som er med på dette, har fått en kompetanseheving på tverrfaglig arbeid, fordi den tverrfaglige tilnærmingen er viktig. Både samarbeidet rundt de gravide inn mot jordmor på helsestasjonen, og samarbeidet i tilbudene til sped- og småbarnsforeldre. Tverrfaglighet sier oss at det er relasjoner mellom forskjellige fag (Lauvås & Lauvås, 2004, s.33).

Definisjon på tverrfaglig samarbeid er: «Når flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål»(Glavin & Erdal, 2007, s.25). Det viktigste målet er barnets livssituasjon. Det kan deles opp og sies slik: «en interaksjon mellom representanter fra ulike fag med et dobbelt formål: - sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetansen blir utnyttet maksimalt, og – utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og stimulere til faglig utvikling innen bidragende fag» (Lauvås & Lauvås 2004, s 53).

Samtidig har kommunen hatt en samordning ved at barnevernet i dag er organisert under helsesjef sammen med leger, fysioterapeuter /ergoterapeuter og helsesøstre og jordmor. Denne samordningen gjelder kun for noen av de tjenestene som samarbeider i det tverrfaglige tiltaket. Forskjellene på samordning og samarbeid har Aaseth (1984) beskrevet ved at relasjonene blir av mer varig karakter i en samordning enn det er i et samarbeid. «Og når det gjelder samordning, påvirkes selvstendigheten til den enkelte enhet, ved at mer styring og makt overføres til fellesenheten» (Glavin & Erdal, 2007, s.26). Samordning defineres også som en «systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/ klient/ pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre». Altså en organisering ifølge Knoff i 1985 (Lauvås & Lauvås, 2004, s.53). Denne samordningen vil virke inn ved noen av tjenestene i tilbudet. Barnehagene, NAV og psykiaritjenestene er organisert under tre andre ledelser. Her blir samarbeidsbegrepet viktig. Samarbeidspartene må jobbe sammen, og er avhengig av hverandre opp mot en familie (Lauvås & Lauvås, 2004, s.53).

Det å samhandle er et tredje begrep og da har man en koordinering hvor man gjennomfører tiltak som ingen enkeltperson har totalansvaret for. Dette er et begrep Stortingsmelding nr.47 bruker (St.meld.nr.47, 2008-2009), og som vektlegges i min oppgave.

Fra 2010 er det lovpålagt etter Helsepersonelloven § 10a og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a. at helsepersonell skal følge med på situasjonen til barn av foreldre med psykisk lidelse, rusbruk eller kronisk somatiske sykdommer. Disse barna skal identifiseres, informeres og følges opp hvis de trenger det. Forskning rundt hvordan barn påvirkes av foreldres sykdom er viktig. Foreldrene må samtykke, og hvis foreldre nekter, må dette vurderes og evt. føre til melding til barnevern etter helsepersonelloven § 33 (Lassen, 2012, s.15). I Vestre Toten sitt tverrfaglige samhandlingsprosjekt er foreldrenes sårbarhet i fokus med hensyn til barnets utvikling. Det jobbes for økt samarbeidsrutiner mellom voksenpsykiatri, NAV, fastleger, jordmor og helsestasjon, barnevern og barnehage. Intensjonen til samarbeidet mellom de som jobber med voksne og de som jobber med barn, er å forebygge at barn lever med foreldre som strever, uten at disse får hjelp. Foreldre som strever i sin voksenrolle, trenger oppfølging i forhold til sitt barn.

Tverrfaglig samhandling krever at man tenker gjennom hvordan man skal få til en god dokumentasjon hos den enkelte fagperson. Det må det være klare avtaler mellom de forskjellige fagpersoner. «Den enkelte har selv plikt til å sikre forsvarlig notoritet rundt eget arbeid» (Lassen, 2012, s.16).

Man må være ryddig med hensyn til hvilke roller de forskjellige fagpersonene har, og hvilke oppgaver de forskjellige skal utføre. Hvis dette blir utydelig, er det fare for at det blir «en vag innretning som rent faktisk tåkelegger og kommer i veien for nødvendig intervensjon for de barna som trenger det» (Lassen, 2012, s.17).

Handlingene til fagfolkene i den tverrfaglige samhandlingen styres av uskrevne og etiske normer. Flere virksomheter har laget yrkesetiske retningslinjer. Etikken danner et felles fundament, og bryter man med det, må man svare overfor fellesskapet. «Mens brudd på juridiske normer kan sanksjoneres med f.eks. straff og erstatning, er det ingen formelle sanksjoner knyttet til brudd på de etiske normene»(Ohnstad, 2004, s.46). Derfor er det viktig at kompetansegrunnlaget til de som er med i en tverrfaglig samhandling også tar for seg lovgrunnlaget, regler og retningslinjer.

Når det gjelder å få utarbeidet et helhetlig, koordinert og individuelt tilbud i kommunene, er dette et tilbud til: «Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Planen skal utarbeides i samarbeid med brukeren.» Dette er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, med egen forskrift om habilitering, og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Pasient og brukerrettighetsloven § 2-5, og psykisk helsevernlov § 4-1. Plikten til å utarbeide en IP er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2, samme forskrift som over. Det er også startet opp arbeid med forsøk på familieplan. Dette er en plan som ser på familien som en helhet, og ikke bare personene hver for seg. I det tverrfaglige tilbudet i Vestre Toten samhandler både tjenester som jobber med voksne og tjenester som jobber med barn, og det vil være interessant å lage en plan som gir en oversikt inn mot familien.

4.3 Samtykke

Samtykke må innhentes for å få foreldrenes godkjenning til å ta opp deres utfordring i en tverrfaglig samhandling. Samtykke opphever taushetsplikten. «Forvaltningsloven §13 til §13f inneholder regler om taushetsplikt som i prinsippet gjelder alle som arbeider for offentlige forvaltningsorganer» (Kjønstad, 2001, s.20). Ved siden av i forvaltningsloven, er det yrkesmessig taushetsplikt. (Eks. Helsepersonelloven § 21-29.) Samtykke danner grunnlaget for samarbeid på tvers av tjenestene. Et samtykke fra den personen som utfordringen dreier seg om er det viktigste unntaket fra taushetsplikten. Dette er lovfestet i blant annet Helsepersonelloven § 22 og Forvaltningsloven § 13 a nr.1. «Og det følger logisk av taushetspliktens grunnlag, som er hensynet til den det er snakk om» (Lassen, 2012).

I det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen dreier utfordringene seg om gravide, foreldre og barn. Når det gjelder barna, må den/de som har foreldreansvar gi samtykke. Dette etter lov om barn og foreldre § 30. Ansvar har den personen som er registrert i folkeregisteret, dette etter lov om barn og foreldre § 39 (Lassen, R., 2012). I Vestre Toten kommune sitt tiltak er barna under 7 år. Aldersgrensen på 7 år er for at barnet skal informeres og høres etter lovverket.

Et gyldig samtykke er det hvis den som gir det er informert og har forstått hva det innebærer og hvem som skal samhandle. Samtykke må hentes inn rundt den utfordringen det gjelder. Ved en ny situasjon, skal nytt samtykke hentes inn på nytt. Dette er viktig for personhensynet, men det er også viktig for tiltroen det tverrfaglige tiltaket i kommunen får «ute i bygda». Jeg drøfter rundt denne problematikken senere i kapittel 6.2.

Hvis samtykket er gitt i en anledning og det oppstår en ny situasjon, må samtykket gis på nytt. Samtykket kan trekkes tilbake hvis forelderen ønsker det, og det kan gis med betingelser om at for eksempel personen ønsker å delta selv, eller at en tjeneste ikke får være med i samhandlingen.

Generelle samtykkeskriv hvor brukerne skriver under på at alle kan samarbeide om saken sin en eller annen gang er uheldig. Det skal være klart og konsist hva samtykke skal brukes til.

Samtykke kan være skriftlig eller muntlig, begge er like gyldige (Lassen, R., 2012). Men skriftlige samtykker er å foretrekke fordi det kan bli uklarheter ved muntlige, f.eks. spørsmål om hva som var avtalt. Hvis samtykke gjelder en familie, må samtykker innhentes fra alle (Glavin & Erdal, 2007).

Utenfor samtykke har fagpersonene personlig ansvar i meldeplikt til barnevernet etter Lov om barneverntjenester § 6-4, og f.eks. Barnehageloven § 22, Helsepersonelloven § 33, når man har «grunn til å tro» at et barn er utsatt for alvorlig omsorgssvikt i hjemmet, fysisk eller psykisk, materielt eller strukturelt, ved at foreldrene har psykiske vansker eller rusproblemer, eller at det forekommer vold eller andre overgrep i familielivet, også om dette bare skjer mellom voksne og ikke rammer barnet direkte» (Lassen, 2012, s.12). Det gis melding til sosialtjenesten ved bekymring om rusbruk hos gravide. Melding til politi eller andre nødetater sendes hvis det må forhindres en alvorlig straffbar handling som familievold eller seksuelle overgrep mot barn. Jfr. Straffeloven § 139 (Lassen, 2012, s.14).

5. Metode

Min studie er kvalitativ, med tre gruppeintervju, kalt fokusintervju. Jeg bruker intervjuer for å få fram brukernes stemmer.

Noe jeg må ta med, er hvordan min rolle som forsker kan avsløre ting på helsestasjonen som jeg ikke har forutsett eller liker. Dette har jeg tenkt gjennom og snakket med kollegaer om. Perspektiv rundt dette må være med meg gjennom hele studien.

Jeg vil ved min datainnsamling få fram deler av en helhet. "Vi står altså inför en sirkel, den s.k. hermeneutiska cirkeln: delen kan endast förstås ur helheten og helheten endast ur delarna" (Alvesson & Skjølberg, 2008, s.193). Jeg tilnærmer meg temaene fenomenologisk – hermeneutisk, hvor jeg ønsker å høre menneskers erfaringer og jeg ser og bruker

menneskelige fortolkninger. Jeg skriver kort om disse to retningene for nettopp å ha med de filosofiske betraktningene som grunnlag i min metodetenkning.

«Betegnelsen fenomenologi kommer fra gresk *phainomenon*; fremtoning, det som viser seg eller kommer til syne, og *logos*; lære» (Thomassen, 2006, s.82). Gjennom fokusintervjuene er det dette jeg er ute etter. Jeg vil at oppmerksomheten skal rettes mot tilbudene på helsestasjonen og den tverrfaglige samhandlingen her. Meningene rundt dette skal komme fram slik de oppleves og erfares. «det er den *levde erfaringsverden* vi søker å forstå» (Thomassen, 2006, s. 83). De forskjellige representantene i fokusgruppene vil ha hver sin erfaringsverden. Alle har sin egen opplevde erfaringsbakgrunn som vil ligge til grunn for deres tanker rundt de nye tiltakene på helsestasjonen. Opplevelsen til hver enkelt blir viktige data. «Den subjektiva opplevelsen blir altså utgangspunkten.» Husserl, fenomenologien's far ser på de «individuelle bærere»(Alvesson & Skjølberg, 2008, s.166). Når jeg hører på de enkelte uttalelser i intervjuet, sortere jeg disse i temaer. Dette blir temaer som stadig berøres i intervjuene. Som Magdalena Thomassen sier: siktemålet må være å finne frem til det "særegne ved fenomenet, det som blir *konstant* på tvers av alle mulige variasjoner – fenomenets essens eller "vesen"(Thomassen, 2006, s.84). Jeg tenker på de fenomenene jeg ser trer frem ved transkribering, analyse og tolkning.

«Hermeneutikerna tolkade de meningar som skänker relief till och förståelse av människornas språk och beteende»(Alvesson & Skjølberg, 2008, s.34). Det at jeg gjennom fokusintervjuene kommer nærmere andres tankeverdener, vil berike min egen. Hermeneutikken kalles en fortolkningslære. Jeg vil hele tiden fortolke, finne en dypere mening i uttalelsene i intervjuet, og se hva som ligger mellom linjene. Dette vil være en hermeneutisk spiral. Jeg vil stadig finne frem til nye forståelser, og være i dialog med teksten. "Andre positioner än den egne kan komma närmare och bli tilgjengelig for en sjøl"(Alvesson & Skjølberg, 2008, s.74).

Hermeneutikeren Heidegger ser på menneskets sirkulære tidshorisont. «Vi gör upp planer för framtiden, på basis av resurser som följer oss från det förgånga, och vi fattar beslut i nuet, med blick på framtiden såväl som det förgånga»(Alvesson & Skjølberg, 2008, s.240). Han sier vi må ha en forforståelse for å forstå, og samtidig er forforståelsen et hinder for forståelsen, men ved hele tiden å gå fra den fremmede verden til vårt eget referansesystem, vil vi etter hvert forstå det fremmede og berike vårt eget, ifølge en annen hermeneutiker – Gadamer i 1989, med "sammansmältande horisonter"(Alvesson & Skjølberg, 2008, s.245).

5.1 Min forforståelse

Det blir viktig å se på min rolle som forsker opp mot filosofenes tanker. Jeg har, som tidligere beskrevet, en rolle selv i det tverrfaglige arbeidet på helsestasjonen. Jeg er prosjektleder i deler av prosjektet og jobber som helsesøster. Jeg har hatt arbeid som helsesøster i mange år og har med meg min egen erfaringsverden. Dette blir min "forståelseshorisont", både i oppfatninger og meninger jeg har rundt det fenomenet jeg vil studere (Dalen, 2011, s.16). Dalen skriver videre om hvordan en personlig tilknytning kan være positiv, men man må være observant på en for sterk involvering (Dalen, 2011, s.16). Dette vil jeg belyse videre, for min forforståelse virker inn når jeg hører på opptakene, når jeg transkriberer og når jeg analyserer. Når vi ser rent fenomenologisk på dette, så blir det som beskrevet i forrige avsnitt: «For Husserls er siktemålet med å sette vår forforståelse "i parentes" og gripe fenomenets umiddelbare og sentrale mening i en *intuitiv forståelsesakt*» (Thomassen, 2006, s.86). Men som Monica Dalen skriver, må jeg bruke min forforståelse slik at jeg får en god forståelse av gruppemedlemmenes sine uttalelser og deres opplevelser. Jeg må være klar over hvordan forforståelsen virker inn og blir da en mer sensitiv forsker. Vi er med dette over i hermeneutikken og Hans Georg Gadamer som hevder vi lever i en her og nå situasjon, historisk, kulturelt og sosialt, og ser sammenhengen fenomenene er i, for å få forståelsen. «(...) hvor vår nåtid alltid er forbundet med en fortid og en tradisjon» (Thomassen, 2006, s. 86). Så ifølge Gadamer er hva vi forstår avhengig av vår forforståelse, altså min bakgrunn – oppvekst, utdanning og erfaring. Her ligger den store utfordringen min. Min intuitive forståelse av hva gruppemedlemmene sier, vil bli farget av at jeg er involvert i selve prosjektet og arbeidet rundt denne problematikken. Jeg som person kan overtyde eller bagatellisere det som faktisk kommer fram i intervjuene ved at min forforståelse tar for stor plass. Det å være bevisst dette under hele prosessen, ved utvikling av malen til intervjuet, utvelgelse av de som intervjues, transkribering og analyse, er for meg en viktig forutsetning. Hvordan har jeg så kommet fram til utvelgelsen av personene til intervjuene?

5.2 Utvalg, hvem og hvorfor?

Jeg valgte å ha tre fokusintervjugrupper. En gruppe med fagfolk (Fag) fra forskjellige tjenesteområder med forskjellige utdanninger, den andre gruppen med tilfeldig kontaktet foreldre (F-1,2,3) fra helsestasjonens arkiv (med barn 0-3år fra til sammen ca.380 barn), og den tredje gruppen med et tilfeldig utvalg av foreldre (F-fA,B,C,fC,D,E,F) som har benyttet et tilbud eller hatt et tiltak fra en tjeneste i det tverrfaglige prosjektet på helsestasjonen. Dette

tiltaket kan for eksempel være samtale med helsesøster i psykisk helsevern, samtaler med representant fra Nav, samtaler med psykiatrisk sykepleier, samtaler med representant fra barnevernet eller samtaler med jordmor utover de vanlige jordmordkontrollene i graviditeten.

Vedrørende utvelgelsen av fagfolk i den første fokusgruppen, ønsket jeg at de som hadde erfaring med tverrfaglig arbeid opp mot helsestasjonen skulle få anledning til å uttale seg. Det ble med en barnevernspedagog fra barnevern, en representant fra NAV, en sykepleier fra den kommunale voksenpsykiatrien, en jordmor på helsestasjonen, en helsesøster i psykisk helsevern på helsestasjonen, en førskolelærer fra barnehagen, og en helsesøster fra helsestasjonen. Jeg er bevisst at dette utelater andre innenfor de forskjellige faggruppene. Det viktigste for meg er å få høre hvordan fagfolk fra forskjellige tjenester opplever tilbudet. Tverrfagligheten er intensjonen i tilbudet til foreldrene. Hvordan fagfolk fra de forskjellige tjenesteområdene tenker, både vedrørende selve tilbudene i prosjektet, vedrørende hvilke foreldre de mener de når med tilbudene, og om hvilke tiltak de tror de gir.

Når det gjelder foreldrene som skulle delta i fokusintervjuet, jobbet jeg mye med hvordan jeg skulle få fram forskjellige erfaringene. Det var derfor jeg endte opp med at det ble viktig å høre stemmen til et helt tilfeldig utvalg av helsestasjonsklienter (F-1,2,3), og foreldrene (fA,B,C,fC,D,E,F) som har benyttet seg av tilbudet. Hvordan foreldre fikk vite om det, og hva fikk de ut av det. Foreldregruppen(fA,B,C,fC,D,E,F)er viktige stemmer, for disse foreldre har hatt spesielle behov opp mot sin foreldrerolle. Begge foreldregruppene er deler av samme helsestasjonsklientellet. Det er også viktig å høre om det vanlige helsestasjonstilbudet på helsestasjonen har blitt dårligere.

Det at jeg har mer enn en type informantgruppe, gjør at jeg vil få ulike parter opplevelse av et tilbud. «Corbin og Strauss (2009) peker på at forskeren prøver å sette sammen utvalg som gjenspeiler en *maksimal variasjon* innenfor det fenomenet som skal studeres» (Dalen, 2011, s.43). Samme situasjon oppleves av ulike parter. Dalen skriver videre om hvordan man fanger opp nyanser og mangfold (2011, s.50). I min studie vil situasjon være tilstedeværelsen på helsestasjonen i en eller annen form. Enten være fagmenneske i en tverrfaglighet på helsestasjonen, være helsestasjonsklient, eller være et menneske som har hatt tilbud fra en tjeneste innunder tverrfagligheten på helsestasjonen. Tore Nøtnæs skriver at «felles erfaringsbakgrunn virker stimulerende på diskusjonen» (2001, s.5).

5.3 Fokusintervju

Jeg har valgt å bruke fokusintervju som metode for å samle kvalitative data til min studie. En fokusgruppe er et mindre antall personer samlet med to gruppeledere for å diskutere et gitt tema. Gruppelederne kalles moderatorer. I artikkelen «Bruk av fokusintervju» av Anders Lerdal i Sykepleiens Forskning (2008: 3, s.172-175), skriver de at det passer godt å utvikle praksis ved datainnhenting via fokusintervjuet. Det er tradisjonelt brukt i propagandaøyemed, hvor man ”fikk innblikk i gruppemedlemmenes tanker og følelser for produktet” (Lerdal, 2008, s.172-175). Metoden ble først brukt på 1920 tallet, mye brukt rett etter 2. Verdenskrig. 1980 årene ble metoden tatt opp igjen etter å ha ligget nede noen år (Nøtnæs, 2001, s.3). Jeg leste selv masteren til en som hadde brukt metoden, og mener metoden er en interessant vinkling inn mot mitt tema, fordi jeg ønsker de valgte gruppemedlemmers stemmer i samhandling. Gruppeintervjuet er uformelt og vi får innsikt i deltagerens virkelighet, deres holdninger og deres forståelse (Nøtnæs, 2001, s.3). Nøtnæs skriver at metoden egner seg i utforskning av nye tiltak. Som fagpersoner ser man ikke alle konsekvenser nye tiltak kan ha, og fokusintervjuet gir i tillegg diskusjoner mellom gruppemedlemmene som ikke nødvendigvis er igangsatt av gruppeleder eller gjennom intervjuguiden. Diskusjonene som blir igangsatt eller oppstår gjør at ting belyses fra flere synsvinkler. Jeg ønsker gruppedeltagerens opplevelse av dagens tverrfaglige samhandling på helsestasjonen og deres videre ønsker for dette tilbudet, og tenker at deltagerne nettopp via gruppediskusjonen kan komme med nye tanker. Vi får altså ”informasjon fra en gruppedynamisk interaksjonsprosess” (Lerdal, 2008: 3, s.172-175). Jeg får fram flere nyanser rundt temaene.

Fokusintervjuet ledes av to gruppeledere, en moderator og en assisterende moderator. Oppgaven moderator har, er å lede og holde fokus og samtidig oppmuntre til diskusjon. Assisterende moderator hjelper med å holde diskusjonen rundt temaet, observerer gruppen og oppsummerer innimellom hva som er sagt (Nøtnæs, 2001,s.5).

Moderatorene bør ha erfaring med gruppeledelse. Jeg var så heldig å få Liv Altman som moderator. Hun er høyskolelektor ved høyskolen på Lillehammer og har selv brukt fokusintervju i sin master, og vært moderator i nok en master 2011/2012. Sammen med henne spurte jeg Anne Katrine Kjeldsberg. Hun er inspektør i voksenopplæringen i Vestre Toten kommune og har i mange år jobbet som spesiallærer, i det senere med minoritetsspråklige elever. Hun er vant til å være gruppeleder og var svært positiv til å være med. Jeg synes det var viktig at den assisterende moderatoren visste hva det tverrfaglige tilbudet i Vestre Toten

kommune handlet om, og Anne Katrine har vært med i arbeidsgruppen for samhandling i kommunen. Dette gjør at hun har mye informasjon om de tverrfaglige tilbudene, samtidig som hun ikke selv er aktiv i det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen. Jeg mener dette er viktig for at fagfolkene som er i fokusgruppen(Fag) ikke skal hemmes i sine uttalelser ved å ha en kollega som moderator. For moderator selv er det viktig å være lydhør for uttalelsene som fagfolkene kommer med. Moderator må se det hele utenifra, og opp mot samhandlingen i Vestre Toten kommune. Det samme gjelder i forhold til foreldrene i de to andre fokusgruppene. Moderatorene har ikke jobbet med foreldrene i de tverrfaglige tilbudene i Vestre Toten, og kan se uttalelsene utenifra.

Det at moderatorene har jobbet med foreldre og barn, og at de hadde erfaring med foreldre som har barn med spesielle behov, så jeg på som en fordel. Det er viktig å få fram foreldrenes opplevelse av de tverrfaglige tiltakene og derfor viktig med forskerens bakgrunn (Dalen, 2011, s.15). Har man erfaring med foreldre som har barn med spesielle behov, så har man jobbet med deres opplevelse av situasjonen, og vil lettere stille de gode oppfølgingsspørsmålene. Denne erfaringen sitter både Liv, Anne Katrine og jeg selv som forsker med.

Grunnen til at jeg spurte en annen person, og ikke var med selv som assisterende moderator, er fordi jeg jobber i prosjektet som prosjektleder i deler av tilbudet. Jeg har samhandlet mye med fagpersonene som sitter i fokusintervjuene, og tenkte at dette kunne påvirke gruppedeltagerne slik at de holdt tilbake informasjon om ting de ikke synes fungerer. Dette skrev jeg litt om rundt valget av mine moderatorer.

5.4 Utvelgelsen av deltagere til fokusgruppene

Når det gjelder faggruppen(Fag) som ble spurt til fokusintervjuet, skjedde dette med e-post til alle som har vært med i det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen. Jeg ønsket en person fra hver faggruppe. Nå er det slik at det er to til tre personer fra hver faggruppe som er med inn på det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen. Disse sirkulerer ukentlig eller månedlig etter hvilket tilbud de er med i. Jeg fikk positivt svar fra en helsesøster på helsestasjonen, en helsesøster i psykisk helsevern, en jordmor, en psykiatrisk sykepleier, en representant fra nav, en førskolelærer fra en av barnehagene i kommunen og en barnevernrepresentant. Det var to tjenester som ikke ble med. Anonymiseringen vil jeg sikre ved at jeg aldri navngir personene. Jeg bruker kun fagidentitet. Det at jeg holder skjult hvem som sier hva, vil gjøre det vanskelig for utenforstående å finne ut hvilken person som uttaler seg. Dermed blir personvernet sikret.

Men de som er med i faggruppen og deres nærmeste kollegaer i prosjektet, vil kunne forstå hvem som uttaler seg, og jeg innhenter derfor samtykke fra fagpersonene vedrørende empiri og drøfting (Vedlegg 2b).

Når det gjelder utvelgelsen av foreldre, har jeg selv tilgang på helsesøsterarkivet i mitt arbeid som helsesøster. Min ledelse er innforstått og godkjenner prosjektet. Utvalget ble telefonisk ringt opp av meg eller en annen person ved helsestasjonen. Det ble tilfeldig om den personen vi ringte kjente oss eller ei. Det at en forelder kjenner den som spør, kan ha innvirkning på om de svarte ja eller ei. Jeg valgte å sikre dette videre ved at lederen av fokusgruppen igjen tok opp frivilligheten i å delta på oppstarten i selve fokusintervjuet. Men selvfølgelig vil det ligge en usikkerhet i om de følte at de burde møte. Jeg ser i etterkant at jeg her kunne sikret dette enda bedre ved å ha kun en utenforstående til rekrutteringen av gruppemedlemmer til fokusintervjuene.

5.5 Tema og gjennomføring av fokusintervjuet

Min planlegging av intervjuet var en viktig fase. Jeg fikk veiledning av min veileder Anders Sandvig på min grunnleggende intervjuguide (Vedlegg 3b). Denne var detaljrik, og ga en innføring for moderator i hva jeg ønsket med intervjuet. Dette er viktig, men samtidig fungerer et fokusintervju med diskusjoner i fokusgruppen, så denne kan ikke brukes overfor deltagerne i selve intervjuet. Derfor jobbet vi fram en temaoversikt for selve utføringen av intervjuet (Vedlegg 3a). Men bakgrunns materialet er viktig for at moderator får presentert en god introduksjon av temaet.

Moderatorene starter intervjuet med å ta opp kjøreregler, snakke om taushetsplikten, at intervjuet blir tatt opp på håndholdt opptaker og blir bearbeidet av meg etterpå. De gir deltagerne informasjon om hva opplysningene skal brukes til, frivilligheten og muligheten for å trekke seg ut av gruppa, samtidig som de får utfylt samtykkeskjema (Vedlegg 2a). Videre forteller de at man ønsker diskusjoner om temaene, altså hensikten med gruppa. De vektlegger gruppemedlemmenes mulighet til selv å komme med temaer for diskusjon, og forteller om gruppemedlemmenes taushetsplikt overfor det de hører i gruppa. De spør om alle er enig i dette, og om de godtar det. Det blir så vektlagt en presentasjonsrunde. Dette er en oppstart hvor alle på gruppen sier litt om hvem de er og hva de driver med til daglig. Hensikten er at alle skal si litt og få en fellesskapsfølelse ved at det kommer fram en del likhet i gruppa. Å fremheve denne likheten hjelper moderator til med (Nøtnæs, 2001,s.8). En annen viktig ting med fokusintervjumetoden, er at denne ikke fokuserer på å komme frem til enighet, men å få

fram de ulike synspunktene på det man har som tema (Kvale & Brinkmann, 2009, s.162.) Men det viktigste moderatorne gjør, er å få til en god, trygg stemning slik at deltagerne føler at det er greit å komme med sine innspill. Det å få gruppemedlemmene til å komme med en beskrivelse av hva man egentlig mente i det man sa, er et viktig moment. Moderatorne må balansere mellom ikke å styre for mye, samtidig som de ikke må være for tilbakeholdne. Det å få fram nyansene i temaene fra min veiledende intervjuguide, blir viktig under intervjuene. Hovedtemaet som moderatorne passer på å hente inn igjen, er hvordan helsestasjonen fungerer som en tverrfaglig arena.

Videre er oppgavene til moderator utover i intervjuet å få et større perspektiv på temaene ved å stille overgangsspørsmål som er «den logiske forbindelsen mellom introduksjonen og nøkkelspørsmålene»(Nøtnæs, 2001,s.9). Dette er forbindelsen mellom temaet, hver og en deltager og nøkkelspørsmålene. Nøkkelspørsmålene kommer fra selve intervjuguiden, og i de tre fokusintervjuene jeg har transkribert, fungerer det med overgangsspørsmål som en link mellom introduksjonsspørsmålene og nøkkelspørsmålene gjennom hele intervjuet. Det er viktig at moderatorne lytter aktivt, lar intervjupersonene snakke ut, er vennlige og avslappet, og at de raskt oppfatter små nyanser og prøver å få utdypet disse med improviserte oppfølgingsspørsmål (Kvaale, & Brinkman, 2011,s. 177).

Vedrørende intervjuet i faggruppen vil det kunne komme fram dominerende verdier fra de forskjellige kulturene som kan gi et spill i gruppa. Anders Lerdal skriver om hvordan det kan gi innblikk i personalets holdninger (2008: 3, s.172-175). En interessant vinkling videre.

Til slutt kommer avslutningen med refleksjon og mulighet for å trekke sammenslutninger som en viktig del før oppsummeringen. Det er viktig å kunne legge til rette for at alle kan rette opp uttalelser de ikke kan stå for, og at de ser hvilke linjer som har kommet fram i løpet av intervjuet.

Straks etter avsluttet intervju tok moderatorne en prat, og etterpå resonerte og diskuterte moderator og jeg inntrykk fra intervjuet.

5.6 Kritikk

Ulemper ved fokusintervjuet, er at i motsetning til et individuelt intervju hvor intervjueren har en ganske god kontroll over samtalen, vil denne moderatorens kontroll være dårligere i en gruppesamtale. Ved gruppeintervju vil gruppemedlemmer kunne bli revet med og si ting de

egentlig ikke står for. Man bør derfor utvise forsiktighet i å tolke det som blir sagt. En måte å sikre dette på, er at man ikke tar uttalelser ut av sin sammenheng (Nøtnæs, 2001,s.6).

En annen fare er at gruppen kan ha en person som kommer med uheldige innspill som kan virke skremmende på de andre og dermed hindre gode meningsutvekslinger (Nøtnæs, 2001,s.5). I alt dette blir moderatorenes oppgave viktig. Dette er noe av grunnen til at jeg ønsket moderatorer med erfaring i gruppeledelse, den ene med erfaring fra nettopp fokusintervju.

5.7 Analyse

Transkribering av fokusintervjuet er en beskrivende forståelse av det gruppemedlemmene sier. Jeg gjør en fortolkende forståelse av hva som sies, for å komme fram til en teoretisk forståelse av det som studeres (Dalen, 2011). Slik sorterer jeg dataene i flere temabolker, ut fra problemstillingen, intervjumaler og hva som naturlig trer fram i fokusintervjuene. Dette ses opp mot forskning på områdene.

Når jeg transkriberer, hører jeg en naturlig samtale som foregår uten at personene sier navnet sitt hver gang. Men det kommer frem hvilken tjeneste som uttaler seg, og dette har også betydning for analysen.

Jeg har gjennomført mine transkripsjoner selv. Jeg har skrevet teksten i replikkene fortløpende. De er skrevet ned som muntlig tale, uten pausesignal, kremting, avbrytelse eller lignende. Moderatorenes spørsmål og oppfølgende kommentarer er merket med Liv og Ann Katrine. De som blir intervjuet, er merket:

Intervju 1: Foreldregruppe(F-1,2,3). Helsestasjonsforeldre (F-1),(F-2),(F-3). Disse er tilfeldig hentet ut fra arkivet på helsestasjonen. Alle tre er mødre.

Intervju 2: Foreldregruppe(F-fA,B,C,fC,D,E,F), (stor bokstav betyr mor og liten f før stor bokstav betyr far). Helsestasjonsforeldre (F-fA),(F-B),(F-C),(F-fC).(F-D),(F-E), tilfeldig valgt ut fra de som har benyttet et av de tverrfaglige tilbudene i prosjektet «Trygghet og trivsel for småbarnsforeldre». Prosjektet er plassert på helsestasjonen.

Intervju 3: Gruppe med fagfolk (Fag): Jeg bruker tittel (Fag), for alle fagfolk som er med i fokusintervjuet. Hvis jeg trekker inn en yrkesgruppe i drøftingen som ikke er med i intervjuet bruker jeg kun tittelen.

Når jeg analyserer, blir transkriberingene mine et verktøy for å fortolke det som sies i fokusintervjuene. «Transkripsjonen er en bastard, en hybrid mellom den muntlige diskursen som foregikk over tid, ansikt til ansikt i en levende situasjon, hvor det som ble sagt, var rettet til en bestemt person som var til stede – og en skriftlig tekst som er ment for et allment ikke tilstedeværende publikum»(Kvale & Brinkmann, 2009, s.200). Analysen min blir så å dele dette opp og sortere, slik at jeg kan presentere og drøfte det opp mot min problemstilling. I presentasjonen av min utvalgte empiri presenteres deltagerens uttalelser i *kursiv*. Når jeg tar ut noe av en deltagers uttalelse fra intervjuet, vil jeg bruke:

“[....]: når noe på starten av uttalelsen utelates

[....]: når noe er tatt ut midt i uttalelsen

[....]”: hvis noe er tatt ut på slutten av uttalelsen

Ved bruk av transkriberinger som verktøy, prøver jeg å forstå utsagnene. Jeg tolker og kategoriserer og har med meg min forforståelse. «Forståelsesprosessen er ikke bare karakterisert ved at den enkelte delen forstås ut fra helheten, men også ved at helheten søkes tilpasset den enkelte delen» (Dalen, 2011,s.18). Dette kalles den «hermeneutiske sirkel», en prosess uten eksakt start eller slutt. Tolkningen mellom helhet og del går i sirkel i et samspill med meg som forsker, min forforståelse og teksten (Dalen, 2011,s.18).

Fordi jeg kun har fått moderatorenes muntlige fremstilling av den sosiale stemningen i gruppene, fremført i etterkant av intervjuene, har jeg lyttet på opptakene flere ganger. Dette for å prøve å fange stemningen i gruppa, og tar det med meg i analysen, hvor jeg prøver å få fram min forståelse av den konteksten uttalelsen kom frem i. Her bruker jeg Edmund Husserl fra fenomenologisk tradisjon. Jeg prøver ”å se det samme” som mennesket som uttaler seg i fokusintervjuet og beskriver og analyserer dette (Dalen, 2011,s.18). Jeg tar med moderatorenes uttalelser der jeg ser disse har en sammenheng for konteksten og dermed budskapet.

Jeg har tenkt analyse fra jeg startet opp. Først med problemstillingen, så intervjuguidene og informasjonene som ble presentert muntlig og skriftlig til moderatorene og til de som skulle intervjues. Jeg analyserer videre under transkriberingen og når jeg lytter til opptakene. Jeg skriver ned mine tanker når jeg jobber med prosjektet, lik en loggbok. Jeg ønsket å undersøke hvordan helsestasjonen fungerer som tverrfaglig arena, og etter å ha hørt på opptakene, ble det naturlig å diskutere hvem og hvordan man når de forskjellige foreldregruppene i det

tverrfaglige tilbudet. Hvorfor jeg vil undersøke dette, har jeg begrunnet grundig i innledningen av rapporten. Jeg har deretter gått videre med en tolkning av det som er sagt opp mot litteratur og rapporter innenfor fagområdet.

Jeg bruker en analyse med fokus på mening. I 1967 innførte Glaser og Straus betegnelsen "grounded theory" for kvalitativ forskning hvor koding spilte en viktig rolle. «begrepsstyrt koding bruker koder som forskeren har utviklet i forveien....»(Dalen, 2011, s.209). Denne tilnærmingen «tar utgangspunkt i det empiriske datamaterialet»(Dalen, 2011, s.41). Så Jeg tar utgangspunkt i mine perspektiv, det jeg ønsker å finne svar på. Min problemstilling er om fagfolkene og foreldrene mener helsestasjonen er en god arena for en bred tverrfaglig tilnærming med lavterskeltilbud, og hvordan samhandlingen fungerer. Intervjuene er foretatt med bakgrunn i min intervjuguide. Jeg sorterer uttalelsene til foreldrene og fagfolkene hentet fra de tre fokusintervjuene. Uttalelsene kategoriseres i intervjuet opp mot formålet med mitt prosjekt. Jeg tematiserer intervjupersonenes uttalelser, ser etter hvor ofte uttalelser opp mot temaene nevnes i opptakene, en slags kvantifisering. Selvfølgelig gjør dette at mye blir utelatt. Kategoriseringen gjør at jeg reduserer og strukturerer meningsinnholdet i intervjuene, slik Kvaale og Brinkmann skriver om (2009, s.210). «Data blir meningsfulle bare ut fra et perspektiv, et bestemt anliggende, et spørsmål man vil besvare» (Thomassen, 2006, s.80). Jeg strukturerer det inn under temaer fra intervjuguiden. Dalen nevner viktigheten av å se de få uttalelsene som sier oss noe om f.eks. et vanskelig område som få ønsker å belyse. Dette er en verdifull informasjon som jeg må være observant i forhold til (Dalen, 2011,s.88). Samtidig må jeg ta med at meningene intervjupersonene uttrykker, vil tolkes av flere personer. Først vil Liv eller Ann Katrine tolke uttalelsene intervjupersonene kommer med, for så å følge på med sine oppfølgingsspørsmål. Dette gjør de for å belyse tydeligere det som er sagt. De vinkler det opp mot intervjuguiden, det jeg ønsker å få belyst, med sin tolkning av situasjonen der og da. Jeg hører på opptakene av intervjuet, og tolker det som blir sagt ut fra min forståelse.

I empirien starter jeg hovedtemaene ut fra moderatorenes innledninger. Det gis en kort oppsummering etter hvert undertema, og hovedtemaene avsluttes med oppsummeringer. Jeg har tre hovedtemaer, og hvert av disse går over i drøftingen, før jeg går over til neste.

Koding, fortetting og tolking er brukt «til å organisere intervjutekstene, konsentrere meningsinnholdet i former som kan presenteres relativt kortfattet, og hente frem implisitte meninger i det som blir sagt» (Kvaale & Brinkmann, 2009 s.208).

Kapitel 6 tar for seg empirien og drøftingen rundt samhandling. Klarer fagfolkene, gjennom det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen, å samhandle, og klarer de å fange opp foreldrenes utfordringer.

Kapitel 7 omhandler empiri og drøfting rundt hvem tilbudet er ment for.

Kapitel 8 omhandler informasjon rundt de tverrfaglige tilbudene.

Enkelte temaer drøfter jeg i alle tre kapitlene. Jeg har valgt å ta det opp flere ganger for å belyse det fra den vinklingen kapitlet omhandler. Dette for å tydeliggjøre kapitlenes perspektiv inn mot disse områdene. Jeg påpeke når et slikt område tas opp.

5.8 Etiske perspektiv

Det er flere områder ved det å gjennomføre et fokusintervju som gjør at det er viktig å trekke frem det forskningsetiske, både moralsk og etisk.

Som nevnt i de forrige avsnittene kan man bli revet med i en diskusjon, og komme med kommentarer man egentlig ikke står for. En utfordring jeg må ta på alvor. Som forsker må jeg lytte til intervjuet flere ganger. Slike innspill det er snakk om vil komme tydeligere frem på lydbåndet, enn på transkriberingen. Transkribering er en oversettelse fra talespråk til skriftspråk. Det vil automatisk bli et tap av ironi, kroppsspråk, gester og stemmebruk. Jeg må beskytte de intervjuede og ta hensyn til slike hendelser. I denne forbindelse får vi et motsetningsforhold vedrørende forskningens grunnprinsipper med ønske om så mye kunnskap som mulig og hensynet til etisk konfidensialitet med respekt for integriteten til intervjupersonene (Kvale & Brinkman, 2009, s184).

I min jobb har jeg nærhet til prosjektet, fagfolkene og temaene som belyses. Som forsker må jeg være klar på dette og ikke lete etter bevis for å støtte opp om egne meninger for kun å begrunne konklusjoner rundt disse. «En partisk subjektivitet (...) ignorerer alt som kan gi andre fortolkninger» (Kvale, & Brinkman, 2009, s.219). Det grepet jeg gjør ved å ha to eksterne moderatorer, som kan gi oppfølgingsspørsmål som ikke er så farget av mine tanker og meninger om temaene, mener jeg vil få frem flere fortolkninger. I selve analysen, må jeg selv være dette bevisst, og jeg kan se på det slik Dalen beskriver det. Hun skriver at nærhet til feltet og informantene kan ses på som en garanti for gyldighet(validitet) og troverdighet (reliabilitet). Dette ble særlig gjort i etnografiske og sosialantropologiske studier, og kalles «økologisk validitet» (Dalen, 2011, s 92). Hun skriver videre at man anså at forskeren hadde

stor grad av kunnskap og forståelse av gruppene i prosjektene, og dermed ble dette troverdig (Dalen, 2011, s.92). Dette ble begrunnet med en felles metodeforståelse og en felles opplæring av forskere på et fagområde. I mitt prosjekt vil reliabiliteten (kalt etterprøvnbarheten) ligge i det å dokumentere selve forskningsprosessen godt (Dalen, 2011, s.93). Selv om reliabilitet først og fremst er knyttet opp mot kvantitativ forskning, og at det er vanskelig å etterprøve kvalitativ forskning er dette belyst i avsnittene om forskerens rolle, utvalget, intervjuene og i analysebeskrivelsen.

6. Tverrfaglig samhandling

Det nyetablerte tverrfaglige arbeidet på helsestasjonen fletter seg inn i mange av helsestasjonens tilbud. Tilbudet består av rutiner rundt den gravide familie, rundt foreldre som voksenpersoner med sine egne utfordringer, rundt foreldre i foreldrerollen og rundt barnets egne utfordringer. Det tverrfaglige tilbudet har med seg mange forskjellige fagfolk med forskjellige fagområder rettet mot forskjellige brukergrupper.

Hovedmålet er å komme tidlig inn i forhold til barns utfordringer. Her er det interessant å se på utfordringene rundt det å jobbe med eget fag inn mot den tverrfaglige gruppen. Alle er utdannet i hver sin fagretning, og hvordan klarer en faggruppe å se/høre den andre gruppens synspunkter? Ikke minst det å ha et fokus på alle i familien. Representanten fra NAV jobber opp mot den gravide, mor eller far. Det samme gjør den psykiatriske sykepleier. Dette er tjenester som jobber med voksne i familien, uten å jobbe med barnet. Barnevernet jobber med hele familien med fokus på barnet, spesielt der barnet trenger noe mer. Barnehagen jobber mest med barnet alene i hverdagen. Helsesøster jobber opp mot mor, far og barnet, og med veiledning rundt foreldrerollen. Jordmor jobber med den gravide, helsesøster i psykisk helse jobber med barnet, mor eller far som strever.

«Kunne vi fungere bedre sammen» som fagfolk i det tverrfaglige tilbudet?

Fagfolk jobber på hver sin avdeling. Det tverrfaglige tilbudet er plassert på helsestasjonen til faste tidspunkt. Hvordan bruker man hverandre aktivt når man er samlet? Hva slags utfordringer ser fagfolk ved å bruke denne tverrfaglige metoden?

Liv: *”[...]Jeg er bedt om å sørge for at det blir gjort et gruppeintervju med dere fagansatte. Vi har intervjuet to grupper foreldre som har fått uttale seg om sin opplevelse angående ”Åpen helsestasjon”.[...] Viktig for utviklingen av tjenesten hva dere syns også. Hva dere ser har vært suksessfaktorer, hva som kan suppleres, justeres.”*

Jordmor (Fag): *”Veien blir til mens vi går. Vi gjør mange erfaringer. Vi blir bedre kjent med hverandre – på godt og vondt – og vi finner ut hva som er hverandres svakheter. Kunne vi fungere bedre sammen? Og gang på gang kommer vi til å uffe oss, for dette er nytt og det krever godt samarbeid og erfaringer.[...]vi må ”legge vekk” våre yrker, som at jeg er perfekt jordmor, du er perfekt helsesøster etc. Vi må snakke som en gruppe som skal hjelpe hverandre, ikke kritisere hverandre. Vi må jobbe for at barnet får det bra. Vi må tenke at alle vil det beste for barnet. [...]Vi må være rause mot hverandre, tenke det beste om hverandre. Da har vi kanskje mulighet for å nærme oss hverandre, ellers blir det håpløst.”*

Representanten fra Nav (Fag): *”Vi som jobber på NAV har forskjellige utdannelser, så vi har lært mye av hverandre. Og vi sliter med mye av det samme.”* I forlengelsen av dette uttaler hun seg om at NAV har vært gjennom en lang prosess på landsbasis. Nettopp i det å bruke hverandre, sett opp mot sine brukere.

Barnehagen (Fag): *”[...] Alle vil jo ungens beste. Ved å ha et tverrfaglig samarbeid, og det at vi er inne på helsestasjonen, (barnehagen er med på 8mnds gruppe i helsestasjonsprogrammet), så ser foreldrene det, og de ser at det faktisk er et samarbeid. Det er et lavterskeltilbud. De ser at vi faktisk kan bruke hverandre.”*

Her sier tre fra faggruppen noe om å kjenne til hverandre, bli kjent, respektere hverandres fag for nettopp å bruke hverandre opp mot foreldrene.

Barnevernet (Fag): *”[...]”i utgangspunktet ville vi være med på åpen helsestasjon, for vi tenkte at da kom vi tidlig inn i forhold til forebygging. Men vi opplever at de som møter på åpen helsestasjon er foreldre med ressurser. Så vi får ikke tak i dem vi gjerne skulle hatt [...]”*

Andre områder som blir berørt er blant annet behovet for informasjonsflyt i spesielle situasjoner som går på voksenrollen. Dette er faggruppen opptatt av.

Liv: *«Hele poenget her er at den tverrfaglige helsestasjonen skal gjøre veien kort og bred, inn til de forskjellige tjenestene, men også at de ulike fagpersonene som representerer ulike fagfelt og tjenester skal samarbeide[...]»*

Barnehagen (Fag): *«[...]Vi får sjelden den informasjonen om hvordan foreldrene egentlig har det. Vi ser egentlig tingene gjennom unga. Og da har det egentlig gått for lang tid.[...]»*

Psykiatrisk sykepleier(Fag): *”Vi har i noen sammenhenger dekket alvorlig svikt ved å være for tiltaksivrige. Vi vil prøve ut og prøve ut.”*

Barnehagen (Fag): *”Vi må bli flinkere til å la foreldrene skjønne deres eget ansvar for barna – det skal ikke være slik at barnehagen skal ordne opp.”*

NAV(Fag): *”Det gjelder NAV og». «De kan gå på Nav.no, eller komme til Nav og gå på data der. NAV sin oppgave er å hjelpe folk til arbeid. NAV reklamerer ikke med sine stønader. Foreldre med behov må kontakte Nav for informasjon.»*

Liv: *”Hva skjer når vi blir advokater for eget arbeid, hva slags grunnlag gir dette for tverrfaglighet? Noen ganger vil jeg mer enn bruker vil.”*

Det blir nå en diskusjon i faggruppen om hvordan foreldrene skal få den informasjonen de trenger. Det kommer fram at det å finne fram på Nav.no er vanskelig for mange. Nav har tilbud om temakvelder for gravide, de har infotema på «Åpen helsestasjon», men kommer de ut til de som trenger det med denne informasjonen? Barnevernet lurte på om de treffer de som trenger deres tilstedeværelse? Flere av de andre tjenestene lurte på om de dekker til et behov som foreldrene har ved å tilby tiltak på tiltak, uten å trekke inn andre tjenester eller ta foreldrene aktivt med i sin egen utfordring. Fagfolk er opptatt av at de ikke skal ta over foreldreansvaret, men hjelpe forelderen til å bli selvhjulpent. Barnehagen sier det er viktig at de i barnehagen vet om foreldrene som strever. Dette informerer de om på helsestasjonens 8mnds gruppe. Der når de alle foreldre, og forteller litt om barnehagens rolle i barnets liv.

Hva kommer fram i uttalelsene fra fokusintervjuene i foreldregruppene om hvordan de opplever den tverrfaglige samhandlingen?

Liv: *«Har du opplevd helsestasjonen som tverrfaglig? Den annonserer at den er tverrfaglig. Har du hatt glede av det?»*

Mor (F-2): *”nei, ikke i sånn kjempestor grad kanskje, jeg har stort sett funnet ut av det selv.”*

Mor(F-3): *”Nå spør jeg bare, har du fått tilbud fra nav her?”*

Mor (F-2): *”Jeg har prøvd å få til det, for å få litt informasjon, for å finne ut hvem jeg kan gå til hvis jeg trenger noe støtte [...]. Dem har ikke sagt at kanskje du kan søke på det eller kanskje du kan søke på det.”* Hun forteller videre om sin situasjon rundt det å få et barn med spesielle behov. Hun har fått hjelp fra en sosionom på sentralsykehuset når hun var der med barnet, men lokalt i kommunen, forteller hun at hun har strevd for å få hjelp og veiledning.

Ann Katrine: *”At de ikke har sagt det her – tenker du på?”*

Mor (F-2): *"Nei, og jeg har hørt gjennom andre."*

Liv: *"[...] med ei jente slik du beskrev, med de behovene, slik jeg oppfatter dem, der ville det være naturlig å tenke at førskolelæreren hadde sin funksjon, fysioterapeuten hadde sin, lege, helsesøster, nav, det er jo alle uten psykiatrisk sykepleier og barnevern..?"*

Mor (F-3): *"Kanskje også psykiatrisk sykepleier?"*

Liv: *"Ja, i forhold til uro her og nå og framtidsuro."*

Mor (F-2): *"Ja, det er ingen som har tilbudt det."*

Liv: *"Du har ikke blitt tilbudt det, men du har heller ikke spurt om det. Betyr det at terskelen for å spørre er...??"*

Mor (F-2): *"Men jeg syns kanskje det er --- Jeg har hatt så mye annet å tenke på, du kan ikke huske på alt heller, eller (pause)- jeg syns kanskje det da."*

Anne Katrine: *"Det skal ikke være bare opp til deg. For du har ganske mange ting å tenke på, det er jeg helt enig i."*

Mor (F-2): *"Vi søkte om hjelpestønad, men det kom i siste rekke - det har ikke vi hatt ressurser eller ork til, det er ganske mye papirarbeid!"*

Liv: *"Så du kunne tenke deg at helsestasjonen skulle være med frempå, mer push[...]"*

Mor (F-2): *"Spurt litt mer da. For det er ikke alt du tenker på akkurat når du er her [...]"*

Denne sekvensen fra fokusintervjuet i foreldregruppen(F-1,2,3), forteller om en mor som trenger oppfølging fra flere tjenester. Hun gir klart inntrykk av at hun ikke har fått hjelp. Fagfolkene har ikke fanget opp hennes behov. Det kommer fram at mor har en høy terskel for å spørre om hjelp.

Hvordan opplever den andre foreldregruppen(F-fA,B,C,fC, D, E, F) tilbudet om informasjon eller hjelp fra fagfolkene i det tverrfaglige tilbudet? Er deres behov som foreldre blitt fanget opp?

Far (F-fC): *«En ting som plager meg, hun(hans samboer) tok ut 80 % mamma permisjon, og vi fikk ingen beskjed fra Nav om at jeg da ikke kunne ta ut 100 % [...], som vi ikke har råd til [...], og jeg er nå frarøvet pappapermisjonen min.» «[...]kanskje helsestasjonen kan sette*

seg inn i dette regelverket og underrette brukerne sine her, om hva de har krav på i fra Nav, for dette er en forferdelig papirmølle [...]»

I denne foreldregruppen nevner også en mor(F-B) at hun ikke visste at hun hadde krav på kontantstøtte i sin situasjon, så det søker hun om nå først 1 ½ år etter fødsel. Hun sier at kommunen ikke har gitt henne denne informasjonen.

I foreldregruppe (F-fA, B, C, fC, D,E,F) har de ikke fått den informasjonen de kunne trenge fra helsestasjonens tverrfaglige tilbud. Er det en mangel på god informasjon ut til foreldregruppen om hvilke tilbud som finnes? Trengs det kartlegginger for å finne fram til de foreldrene som trenger ekstra veiledning? Eller kan det ligge hos måten fagfolk i dag samhandler på? Hva tenker faggruppen om dette?

Helsesøster i psykisk helsevern(Fag): ” *Vi har masse kunnskap om barn, men det springende punktet er: Hva er faresignalet, hva er standard, hvor alvorlig er dette? Det å ha en felles forståelse. Selv om vi kommer sammen på en felles arena, er det sjelden vi er sammen og ser ting samtidig og ser det samme – tverrfaglig. Jeg har vært inne i en familie og sett det jeg ser, barnevernet kan være inne i samme familie i en annen setting og situasjon, og noen ganger har vi ikke samme takhøyde og forståelse for hvor alvorlig ting er. Hvordan få til det – å bli trygg på hverandre. Også i forhold til barnehage. Vi kan tenke: Hvorfor har dere ikke gjort noe? – forskjellig forståelse. Vi må bli tryggere på hverandre som fagpersoner. Hva er bra nok? Vi får felles kunnskap og kompetanse gjennom modellkommuneprosjektet, men dette må vi se litt på. Da blir vi tryggere- hvis vi blir trygge på at vi har den samme standarden.”*

Jordmor (Fag): «[...] Jeg opplevde et par som harmoniske uten tegn til bekymring og du, som helsesøster i psykisk helse, opplevde stor bekymring. Jeg tror at med ofte samarbeid, møter, at man må høre og ha respekt for hverandres synspunkter – åpen linje – kanskje så hun noe jeg ikke så, eller kanskje overdramatiserte hun. [...]ikke stå på at jeg har rett, jeg kan faget mitt etc, da kommer man ingen vei, [...]Felles mål. Hvor lett er det ikke å overse noe. Samarbeid og forståelse er viktig.»

NAV(Fag):”[...]kjempeviktig. Jeg skjønner ikke at folk fortsatt er sånn at jeg har rett, for vi jobber ikke sånn i det hele tatt. Vi er to med forskjellig bakgrunn som har samtalene med klientene. Og vi ser og hører forskjellige ting, og legger det sammen og finner løsningen.”

Jordmor (Fag): «Enklere sagt enn gjort.»

Psykiatrisk sykepleier (Fag): *«Jeg er helt enig, men jeg tror de fleste kan bli bedre i samarbeid. For de fleste er flinke i faget sitt. Og vi skal være flinke på faget vårt, og ikke på det samme. Vi skal se med forskjellige briller og med forskjellig erfaring. [...] Vi ser forskjellige ting. Jeg sitter med voksne og ser det jeg ser. Og at vi da prater sammen og ser etter hva som skjer med unga, hvordan har unga det oppi dette [...]. Så får vi et helt bilde som i et puslespill som når vi ser de forskjellige brikkene så ser vi noen ganger at her er det veldig bra, eller at her er det ting vi må gjøre noe med. Og så er det forskjeller på grupper – ressursssvake/ressurssterke eller midt imellom.»*

Dette ser ut til å handle om å ha kunnskap om hverandres arbeidsfelt og forståelse for hvilke oppgaver de forskjellige faggruppene faktisk utfører overfor det familiemedlemmet de jobber med. Det blir viktig å lete etter hvilken mulighet fagfolkene har til å utvikle denne forståelsen.

Nav har jobbet mye med tverrfaglighet og bruker to saksbehandlere fra forskjellige faggrupper i sine samtaler med brukere. De er helt enig i at de fleste kan bli bedre i samarbeid mellom faggruppene opp mot foreldrene. Det å være to saksbehandlere byr på utfordringer for de fleste tjenester på grunn av ressurser. Fagfolkene ser på betydningen i å styrke eget fag, samtidig med at man har forståelse for hverandres fag.

Tilbake til empirien fra fokusintervjuet i foreldregruppe (F-1,2,3) uttaler foreldrene seg vedrørende helsestasjonens fungering før og etter oppstarten av de tverrfaglige tilbudene.

Liv: *”Vestre Toten kommune har ubeskjeden tatt mål av at de skal være et tilbud som tar både gravide, barn og foreldre. Så har de gjennomført da noen endringer som innebærer at modellen skal være tverrfaglig [...] Alle foreldre og barn sine behov skal ivaretas gjennom en helsestasjonsvirksomhet som har fastlege, representant fra nav, psykiatrisk sykepleier, representant fra barnevernet, fysioterapeut og, førskolelærer - som inngår i teamet. [...] Det er der dere kommer inn. Hvis Vestre Toten skal justere tilbudet sitt skal det være med utgangspunkt i hvordan dette tilbudet faktisk oppleves. Har dere merket at det har vært et tverrfaglig tilbud? Det kunne jeg tenke meg å høre. Hvordan har du merket det?”*

Mor (F-1): *«Syns jo det er veldig bra. Og dette ble innført et år etter vår første ble født. Syns det har vært et større fokus. Når du kommer på helsestasjonen er det et større tilbud. Hvis du ser de møtene de har hver tirsdag med tematikk – forskjellig, noen ganger er det NAV som har [...] det er åpent og inkluderende, med en relativ lav terskel for å komme og spørre [...] Vi har fått to barn som det ikke har vært noen ting med. [...] Har ikke vært i noe*

barselgruppe, for jeg har et stort nettverk ellers. Så jeg er vel ikke av de som har brukt helsestasjonen for det det er verdt [...]men de gangene vi har vært her, så er det stort sett fullt, mye foreldre og spesielt mye mødre. Spør og lur på det de måtte ønske. Det virker som om terskelen for å spørre og få gode svar er veldig lav, og det syns jeg er positivt.[...] når du møter får du ikke lappen i panna at du skal til barnevern, eller at du skal til Nav. For du kommer i et miljø der du likeså godt skal til helsesøster eller du skal til jordmor, og det tror jeg er viktig. [...] Så det at du greier å lokalisere ting, at det oppfattes som en enhet, tror jeg er veldig bra. Spesielt for dem som har størst behov for det og som på en måte slit litt.»

Ann Katrine: «[...]Syns du du har fått noe mer av den biten som du satt pris på før?»

Mor (F-1): "Når første barnet ble født, fulgte stort sett en helsesøster opp hver gang. Nå tror jeg det har fløti litt mer, [...]ikke hatt noen utfordringer. Så for meg spiller det ingen stor rolle om det er du eller du som ser på'n, for de leser sikkert det som er skrivi fra sist, men jeg tenker at hadde jeg hatt en unge som det hadde det vært et eller annet med, hvis det hadde vært noe som burde følges opp eller jeg hadde sliti og på en måte, da hadde det vært krevende at du måtte utlevere deg til stadig nye, og aldri på en måte følge opp tråden fra sist. Men så har jeg og forstått det sånn at de prøver å prioritere at den typen foreldre eller med den typen unge blir prioritert.[...]"

Mor (F-3): "Men hvis man ikke er helt fornøyd med en helsesøster man har gått hos, er det fryktelig godt å kunne komme til en ny en, kanskje det er lettere å kunne stille spørsmål til den? For jeg har nemlig vært i den situasjonen at jeg har hatt en fast og ikke vært fornøyd med den, det var ikke her da. [...]"

Mor (F-3): "Som helsesøster bør du vel kanskje følge opp en person, et barn. For det er da det er lett å fange opp der det er noe galt. Ja, du "kætsjer" jo ikke sånn med det første møtet. Det er derfor vi har fastlege og. For at vi skal gå til en[...]"

Mor (F-2): «[...] Jeg har faktisk vært veldig heldig. Vi har hatt samme hver gang, så å si hele tida med datteren med spesielle behov. Så det har fungert veldig bra, men vi ble anbefalt det på grunn av måling av hodet. Det er veldig viktig at den samme gjør det [...]. En annen gang, før datteren skulle starte i barnehagen, hadde mor ønsket at personalet ble informert automatisk. Men hun måtte selv spørre seg fram. Hun spurte på sykehuset, men ble ikke der møtt med noe opplegg rundt dette behovet. «så jeg tenkte å spørre helsestasjonen om de kunne hjelpe. Jeg var på kontroll her[...] jeg vet ikke hvem jeg skal spørre om å være med og

informere barnehagen, og da sa helsestasjonslegen at egentlig var det fastlegen, men fastlegen mente at ikke han hadde ansvar for det heller, så da ble helsestasjonslegen med.»

Foreldrene ser det positive ved den nye tverrfaglige organiseringen, men så tar de opp den praktiske organiseringen av helsestasjonens egne oppgaver. Dette handler om hvordan helsesøstertjenesten oppfyller foreldrenes og barnets behov ved siden av det tverrfaglige tilbudet. En mor sier noe om usikkerhet som kan oppstå når du møter forskjellige helsesøstre hver gang du kommer på helsestasjonen. Hun sier noe om kontinuiteten i oppfølgingen. Samtidig sier en annen mor at det å kunne bytte helsesøsteren sin kan være et behov. Det kommer fram at de vanlige helsestasjonskontrollene har vært forsinket. Det har skjedd flere ganger, uten at man som foreldre har fått beskjed. Det en mor sier, er at helsesøsters vante rolle forsvinner litt i alle de nye tilbudene, fordi disse er plassert på helsestasjonen. Samtidig sier hun at de nye tilbudene er flotte.

En mor har ikke hatt behov for tilbudet utover de vanlige kontrollene, men ser at tilbudet brukes aktivt, og tenker at andre må føle det godt og ikke behøve å reklamere eller spørre seg frem om hva de ønsker hjelp til, for hjelpen er der de allikevel møter opp med barnet sitt. De har mulighet til å komme sammen, ha felles tema med mulighet for ta opp spørsmål med andre fagpersoner enn de som vanligvis er på helsestasjonen. Og fagfolkene får mulighet til å nå hele foreldregruppen med informasjon. Samtidig kan man nå de foreldrene med spesielle behov. En mor med et barn med et spesielt behov, tar opp hvordan nettopp tilbudene på helsestasjonen hjalp henne med informasjon opp mot barnehagen. Hun måtte riktignok spørre om dette selv, det var ingen direkte kontakt mellom 2.linje og 1.linje, og det manglet en koordinator for dette barnet i kommunen.

«Jeg er nok forutinntatt, når jeg tenker at når barnevernet er inne, er det krise, men det trenger jo ikke være det.»

Hvilke faggrupper ønsker foreldrene at skal være til stede i et tverrfaglig tilbud, og hvilke faggrupper syns de det er vanskelig å ha med. Intensjonen kommunen har med "Åpen helsestasjon" er at den skal være for alle foreldre. Både med tema og med en åpen dør inn til de forskjellige tjenestene.

Liv: *"Men jeg har ikke skjönt dette helt. En ting er temaene som kanskje blir sånn generelle, så forteller jeg om barnetrygden eller foreldrepenger eller hva det nå er, og da kan alle spørre, men så har jeg også en tid som jeg er her, hvor det går an å få konsultasjoner med*

meg individuelt, hvor du bare kan banke på, som skal være fast annonsert – Liv Altman Nav? Så kan du banke på, kom igjen --- hva lurte du på?”

Mor (F-1): ”Først er det en ½ time med informasjon, hvor alle unga ligger på gulvet og det er fred og fordragelighet, men så sprer man seg, noen går inn til Nav og andre helsesøster, noen til doktoren, da er det ingen som legger merke til hvem som går hvor. Og det er det jeg syns er så fint. At du ikke må henvende deg i den luka der å si at jeg skal til barnevernet for det er litt sånn -. Men det må jo være slik at du kan få kontakt med de utenom mellom kl.12-13 tirsdager!”

Liv: «Det er ingen av dere som har stusset over at barnevernet er en del av tilbudet?»

Mor (F-1): ”Nei, jeg syns det er bra, det bør være kort vei.”

Mor (F-2): ”Det er vel en selvfølge.”

Anne Katrine: ”Så det er ikke noe skummelt med det?”

Mor (F-1): ”Nei, som jeg sa i stad, jeg er nok forutinntatt, [...] når barnevernet er inne, er det krise, men det trenger jo ikke være det. Det er jo en sikkerhetsventil. Det er godt og ikke [...] måtte henvende seg i resepsjonen i rådhuset da du skal på barnevernet. [...] Det må være bedre å kunne henvende seg på en dør på helsestasjonen og spørre her – mindre terskel. Virker på meg å være en bedre løsning[...] Og her har de også flere fagpersoner.

Liv: ”Helsesøster har jo også behov for barnevernet sin kompetanse – de løper jo ikke bare rundt og tar barn, de kan vanvittig mye om skjevutvikling hos unger. Hva er normalt, trass, de kan jo be barnevernet og førskolelærer sammen å si litt om det? Og det er noe av poenget - å bygge ned folks fordommer om barnevernet. For de har kunnskap og er tilgjengelig for noe annet enn bæbu, bæbu. Vi leser jo i avisene.”

Mor (F-1): ”Der har de mye å selge, for det virker der at de bare tar barn.”

Liv: ”I avisen leser man at ut av det blå kommer barnevernet og henter barnet.”

Anne Katrine: ”Så er det vel heller motsatt, mange barn skulle vel være hentet, for det er vanskelig- veldig vanskelig.”

Uttalelser fra to av foreldrene i foreldregruppen(F-1,2,3) handler om at det å ha barnevernet plassert på helsestasjonen, fungerer bedre fordi de andre tjenestene for barnet også er plassert

her. En mor mente det var mindre iøynefallende å henvende seg på helsestasjonen hvis man trengte hjelp fra barnevernet, og ikke behøve å gå på f.eks. rådhuset.

Den andre foreldregruppen (F- fA, B, C, fC, D, E ,F) har også en god sekvens om barnevernets tilstedeværelse på helsestasjonen.

Mor (F-B): *"[...] jeg hadde vel ikke noen tanker om barnevern den tida som jeg var her(på «Åpen helsestasjon»). Jeg var fornøyd med dem da, men jeg har venner og bekjente som har fått dem på nakken, og det har vært mange brutale måter å behandle de på der altså. Så ja, jeg kjenner hjertet begynner og slå".* Hun tar samtidig opp at selve tilbudet hun møtte på helsestasjonen da hun var nybakt mor, var fantastisk.

Liv: *"Ja for jeg tror at intensjonen her er at barnevernet er en del som kan bidra og har virkemidlene for familier som trenger støtte, for å hjelpe til kompetente foreldre - ikke for å ta barna, men for å styrke foreldrene. Det er vel det man har prøvd å bygge inn her da. "*

Mor (F-B): *"Ja det ser fint ut og høres flott ut, men når man merker erfaringer [...].»*

Far (F-fC): *"Jeg er litt enig i det du sier der. Det bør kanskje være en anonym mellomstasjon mellom her og det faktiske barnevernet?"*

Far (F-fC): *"Jeg har lest om noen saker [.....].»*

Mor (F-B): *"Og vi har det på TV, [...]"*

Mor (F-D): *"Så skal jeg komme og si helt stikk motsatt,[...] for jeg har opplevd dem sånn som du sier Ann Katrine, at de går inn og hjelper til så ungen får være der den er, og at ting skal fungere. Men jeg har en venninne som har opplevd det stikk motsatt, så det kommer veldig an på hvem du kommer borti. Og kjemi.."*

Far (F-fC): *«Det skal ikke være sånn.»*

Ann Katrine: *"Det er jo kompliserte ting. Det spør selv hvor reflektert man er, at man kan sette seg tilbake etterpå og si at egentlig så skjønner jeg litt hvorfor ting ble gjort som det ble gjort. Alle klarer ikke å se det, det er tross alt unga dine det går på og du klarer ikke å være objektive når alt foregår[...]" .*

Mor (F-B): *"Det går an å gi folk en sjans."*

Far (F-fC): *"Hvis det da går ut over unga dine, og det går på en situasjon du ikke klarer å se selv, ja vel da er du vel psykisk syk da"*

Mor (F-D): *"Jo kanskje, men du klarer å få snudd det faktisk."*

Ann Katrine: *"Dere kommer med mange fine innspill her. Men til tross for at de gjør en bra jobb eller ikke bra jobb, er det likevel fint at man blir kjent med dem.? Eller ødelegger det?"*

Mor (F-B) svarer: *"Det er fint det, men jeg syns de setter et annet bilde på seg selv enn sånn de agerer."*

Ann Katrine: *"Du mener de ikke gjør som de forteller? Er det det du mener?"*

Mor (F-B): *"Ja de klarer ikke fortelle åssen dem – hvis du gjør ting på en brutal måte så står du ikke og forteller at du er brutal. Men det er fint at de gjør seg kjent, men [...] folk kan få et feil inntrykk av dem. Jeg har blitt skremt [...]" "Hvis de er ærlige og ekte [...] Det ser jo helt fantastisk ut, [...]jeg var helt uerfaren[...] nybakt mor. Jeg syns det var strålende å sitte og høre på alt de hadde å komme med. Men de kom jo ikke med alt. Men [...]jeg føler meg kjempeheldig som bor i Vestre Toten, og har fått dette tilbudet[...]»*

Far (F-fA): *"Ja, når vi ser dem som gruppe, så er det veldig bra, men når vi ser reaksjoner rundt bordet her, [...] – ikke bra. For det vi ser i media og slik er at unga blir revet fra foreldrene. Og barnevernet har den pletten på seg, faktisk. Og det syns jeg er synd."*

Far (F-fC): *"går det der an å bruke familievernkontor som en uavhengig mening før barnevernet kommer inn – hva sier de psykologene nedpå der om situasjonen – før barnevernet går inn og begynner med sitt?"*

Mor (F-D): *"Det som er dumt, er at barnevernet ikke kan forsvare seg, jeg kan garantere at de gjør en veldig grundig jobb når de først gjør noe."*

I dette fokusintervjuet fra foreldregruppe (F- fA, B, C, fC, D, E , F) har de en sekvens hvor noen av dem diskuterer sin skepsis til at barnevernet er en del av tjenestene på helsestasjonen. Disse er usikre på hvordan barnevernet går fram overfor foreldre. De har lest eller sett negative, skremmende ting rundt barnevernet, mens en mor har positive erfaringer. Så foreldrene er her uenig i barnevernets rolle.

Foreldrene sier at barnevernets hensikt kanskje er utydelig. Denne opplevelsen kom ikke fram i fokusintervjuet fra den andre foreldregruppen(F-1,2,3,), som mente barnevernet kanskje var

en «stigmatisert», skummel tjeneste, men at barnevernet også kan være en tidlig hjelp og en del av det tverrfaglige tilbudet. De tar opp det at helsestasjonen kan være et sted der det blir sett på som naturlig å henvende seg for å få hjelp, uten å få «en lapp i panna» hvor det står barnevern. Dette tar jeg opp videre i drøftingen neste kapittel.

«De brygger ryggen de som skal prøve alt selv», om foreldre som trenger hjelp i sin voksenrolle

Når det gjelder de fagpersonene som tradisjonelt jobber med voksenrollen, nemlig psykiatrisk sykepleier, jordmor og Nav, er det interessant å se om dette er tjenester foreldrene ønsker å ha plassert på helsestasjonen.

Mor (F-3): *«Jeg har vært her som forelder med nettopp ekstra behov. Så jeg har fått den biten. Jeg har ikke vært her med barnet mitt enda.»*

Anne Katrine: *»Men forsto jeg deg riktig? Sånn at med barnet ditt går det greit, men du har blitt tatt vare på av helsestasjonen som mor. Du har hatt behov for litt støtte?»*

Mor (F-3): *»Ja i forbindelse med livssituasjonen.»*

Liv: *»Og det er det som er viktig at helsestasjonen her etter hvert skal være mye mer på barn og foreldre. At man skal litt vekk fra den kjøtt og flesk som jeg kalte det.»*

Mor (F-1): *»Men kan jeg spørre deg da: Måtte du liksom, de må jo fange deg opp på et eller annet tidspunkt, så du må jo gi uttrykk for at du trenger det?»*

Mor (F-3): *»Nei jeg har ringt selv.»*

Mor (F-1): *»Men fanger de det lett. Må du legge ut hele-, forklare i klartekst for hva du har behov for. Eller - nå er jeg sliten og trenger litt hjelp. Ok, da tar vi en samtale og så ser vi hvem vi kobler på--- [...] Eller måtte du si jeg vil ha en psykiatrisk sykepleier eller...»*

Mor (F-3): *»Nei, jeg ringte på helsestasjonen og forklarte mitt problem. Da skal vi fikse en time. Det ble ordnet i løpet av 14 dager. [...] inn til psykiatrisk sykepleier. Supert.»*

Mor (F-1): *»Det er litt viktig at du ikke må ha tenkt ut det du har behov for, for det er ikke sikkert du vet hva du trenger.»*

Mor (F-1): *»Nei - det var dem som styrte meg dit.»*

Ann Katrine: *"Men da var du åpen på en måte og var bevisst på hva du sa?"*

Mor (F-2): *"Det visste jeg ikke at gikk an å spørre etter."*

Mor (F-3): *"Det visste ikke jeg heller. Jeg trodde jeg skulle til en vanlig helsesøster, men jeg kom til psykiatrisk sykepleier. Gudskjelov. Det var det dem som hadde styrt meg."*

Ann Katrine: *"Men kan vi spørre såpass mye: Sa du hadde behov for en å snakke med? Var det ditt ønske, for å si det sånn?"*

Mor (F-3): *"Ja jeg spurte om å få prate med noen, det handlet hvordan jeg skulle takle en situasjon i forhold til mitt barn. Da fikk jeg veldig god hjelp syns jeg."*

I den andre foreldregruppen(F-fA,B,C,fC,D,E,F) hadde de også innspill vedrørende det å bli tilbudt videre oppfølging i sin voksenrolle.

Far (F-fA) forteller om noe dramatisk som skjedde familien deres, som helsestasjonen tok tak i. *«Vi ble ikke fanget opp andre steder [...]. Han forteller at sønnen var under oppfølging på helsestasjonen, og fars situasjon kom frem i samtalene med helsesøster. Hun motiverte han til å ta imot hjelp, og fulgte han inn til psykiatrisk sykepleier som hjalp han videre.*

Liv: *«Så da har du oppfattet at helsestasjonen har hatt den funksjonen som de håper å ha, at det er en dør inn uten at du trenger flere steder.»*

Mor (F-B): *« Du, jeg har et spørsmål? Kanskje er det barneverntjenesten. For hjemme hos meg så har det sklidd ut i forhold til legging i egen seng, han kommer inn, kommer inn tidligere og tidligere, hvordan få lært å få bryte dette igjen på en fin måte?»*

Mor (F-D): *«TV'n, TV på rommet.» -----*

Alle ler.

Anne Katrine: *«Helsestasjonen kan være aktuell.»*

Liv: *«Ja du må ha litt backup».*

Mor (F-C):*«Også dette at en ikke føler at en er en total taper fordi om en har måttet ha hjelp»*

Far(F-fC): *«Så kan vi heller syns synd på de som faktisk ikke har prøvd det(bedt om hjelp) og har måttet gå fra hverandre, for begge vi vil det beste for våres barn, og det er klart at det er*

best for jenta at vi holder sammen.». Han forteller videre at han ikke var høy i hatten første gang han gikk inn på familievernkontoret.

Mor (F-B): *«Vi (samboeren og jeg) har vært på kommunikasjonskurs sammen»*

Liv: *«Alle dere har vært sterke, for dere har tatt initiativ og spurt om hjelp. De brekker ryggen de som skal prøve alt selv.»*

Far (F-fA): *«Det du sier er veldig viktig.[...]. Jeg fikk beskjed om å gå over gangen (på helsestasjonen). Inn til psykisk samtale, [...] en prosess. Og jeg ble mye sterkere. [...]»*

Her har jeg samlet fokusgruppenes innspill rundt utfordringene som ligger i de voksnes behov i familien. Barnet lever i familien, og de utfordringene som ligger her, tilhører barnets oppvekstsituasjon. Det er en balansegang å hjelpe foreldrene akkurat passe. Vi hører flere slike eksempler om å tørre å spørre om hjelp til seg selv som voksen, blant annet en sekvens om en mor som var nyinnflyttet i kommunen. Hun visste ikke at det fantes et tverrfaglig tilbud på helsestasjonen, men henvendte seg hit for å snakke om utfordringer hun hadde som voksen i sin foreldrerolle. De tilbød henne raskt en oppfølging fra det tverrfaglige tiltaket.

I dette empirikapittelet er det samhandling og informasjon som trer frem. Det virker som fagfolkene ønsker å bruke samhandling som metode, og det blir viktig å se på hva som gjør at de strever. Begge foreldregruppene kommer med positive innspill til samhandlingen på helsestasjonen. Den ene foreldregruppen(F-1,2,3) har innspill om hvordan organiseringen av helsestasjonstilbudene lider. Begge foreldregruppene diskuterer barnevernets rolle inn i tilbudet. Her er ikke foreldrene av samme mening. Noen foreldre mener barnevernet har en naturlig rolle, selv om barnevernet er litt «skumle», mens i foreldregruppen (F-fA,B,C,fC,D,E,F), kommer det fram klare uttalelser om at det er vanskelig å forstå hvorfor barnevernet er med. Spørsmålet barnevernet (Fag)stiller, er om de treffer sine klienter i den «Åpne helsestasjonen». En usikkerhet om hvilken rolle de skal ha i samhandlingen. Som jeg beskrev i metoden, er det noen felt jeg kommer til å berøre flere ganger. Et av disse er barnevernets rolle i tilbudet. I empirien kom det fram at barnevernet er en viktig tjeneste å ha med i drøftingen om samhandling. Men det er også naturlig å ha med i kapittelet om hvem det tverrfaglige tilbudet skal være for, kap.7. Når det gjelder informasjonskapitlet, kap.8, mener jeg at informasjonen rundt barnevernets rolle er nødvendig å ta opp som eget emne.

6.2 Drøfting av fagfolk og foreldres erfaringer med hvordan samhandlingen fungerer i de tverrfaglige tilbudene.

En samhandlende tjeneste?

Det tverrfaglige tilbudet foregår på helsestasjonens arena. Alle tre fokusintervjuene har positive innspill rundt det å tilby samhandlende tiltak, men alle tre har også flere eksempler som forteller om en samhandling som ikke fungerer.

Hvis fagfolkene ønsker denne samhandlingen, hvilke utfordringer gjør at de strever med å få det til? I fokusintervjuet snakker fagfolkene om å kjenne til hverandre, forstå hverandre, ha respekt for hverandres fag og styrke sitt eget fag for å kunne bruke hverandre. «Vi må legge vekk våre yrker, være rause mot hverandre og tenke det beste om hverandre» sier jordmor(Fag). Barnehagen (Fag) sier: «Ved å ha et tverrfaglig samarbeid, og det at vi er inne på helsestasjonen, (barnehagen er med på 8mnds gruppe i helsestasjonsprogrammet), så ser foreldrene det, og de ser at det faktisk er et samarbeid. Det er et lavterskeltilbud. De ser at vi faktisk kan bruke hverandre.» Ved å høre fokusintervjuene på bånd, kommer det fram en diskusjon i faggruppens fokusintervju. De ønsker å få dette til, men de syns det er vanskelig. Det er mer enn det talte ord som trer fram. Jeg tolker stemmene og hører hvordan fagfolkene uttrykker disse meningene. De er ivrige og positive, men litt fortvilet.

I begge foreldrenes fokusintervju, er det flere eksempler på at fagfolkene i den tverrfaglige samhandlingen ikke får dette til. En mor (F-2) forteller en historie hvor fagfolkene ikke har klart å fange opp hennes behov. Hun trengte veiledning fra flere av tjenestene, både NAV, lege, helsestasjon, fysioterapeut og psykisk helse med flere. På spørsmål om hun ble tilbudt hjelp, svarer hun. *”nei, ikke i sånn kjempestor grad kanskje, men (pause), jeg har stort sett funnet ut av det selv.”* Samtidig kommer det fram fra flere foreldre i begge fokusintervjuene at de mener det er et flott tilbud.

Intensjonen med det tverrfaglige tilbudet, skal føre til at en fagperson som ser en utfordring i et barns hverdag, tar kontakt med en annen fagperson. Dette skjer sammen med forelderen. «Åpen helsestasjon» skal ved dette, gi fagfolk mulighet til å samhandle, og som et tverrfaglig team skal de nå ut til foreldrene. Så meningen er at fagpersoner skal bruke hverandre. «Vi kan kalle samarbeidet for tverrfaglig når flere yrkesgrupper på tvers av faggrensene arbeider mot et felles mål» (Glavin & Erdal, 2007, s.15). Flere situasjoner viser oss eksempler på at fagfolkene ikke bruker samhandlingsmuligheten som ligger i «Åpen helsestasjon», f.eks.

mor(F-B) som sier at ingen hadde sagt hun kunne søke kontantstøtte, og far (F-fC) som sier at det informasjonsbehovet de har hatt, ikke er blitt fanget opp på helsestasjonen, hverken av NAV eller andre i det tverrfaglige tilbudet. Far (F-fC) sier: *«vi fikk ingen beskjed fra Nav om at jeg da ikke kunne ta ut 100 % [...], som vi ikke har råd til[...], og jeg er nå frarøvet pappapermisjonen min»*. Helsesøster er den som har oppfølgingen av de nyfødte barna, men hun henter ikke inn NAV i sin oppfølging av disse to foreldrene. Målsettingen for det tverrfaglige tilbudet er klart, men er det slik at fagfolkene allikevel jobber parallelt? Da kalles det flerfaglighet. Med bakgrunn i at det kommer fram en samhandling som ikke fungerer som intensjonen sier, ønsker jeg å se på hva som trengs i hele organisasjon for å få det til.

NAV forteller at de er to i konsultasjoner med klientene sine, men de andre faggruppene mener de ikke har kapasitet til dette i sin arbeidsdag. Som Jordmor (Fag) sier er det *«Enklere sagt enn gjort.»* Har Vestre Toten kommune tenkt på praktiske tilrettelegginger for samhandlingen? I det tverrfaglige tilbudet «Åpen helsestasjon» er det fire forskjellige tjenester som kan bruke hverandre en time hver uke. Men hvordan er mulighetene for å samhandle utenom dette tidspunktet? Hvis fagfolkene ikke syns de kan kontakte en annen fagperson, fordi de ikke har kapasitet til dette innenfor sin tid, så blir de sittende å veilede foreldrene på eget kontor. NAV sier de har gjennomgått en lengre prosess på landsbasis. Hun sier at NAV sine ansatte har mange forskjellige utdannelser og derfor har de lært mye av hverandre. I og med at de er to i klientsamtalene sine, så ser og hører de forskjellige ting, legger dette sammen og finner løsninger. Så hvorfor ikke hente inn metoder fra NAV sine prosesser? Jeg tenker at kommunen kan se på NAV sine erfaringer i dette arbeidet. Ikke minst i forhold til den tverrfagligheten de har erfaring med innenfor sin tjeneste.

En annen årsak til at man ikke bruker hverandre, kan være at man som fagperson ser sine egne arbeidsoppgaver overfor forelderen, at man kun ser målet innenfor eget fag, og ikke bruker de andre fagpersonene aktivt for å supplere sine arbeidsoppgaver. Det ligger mange utfordringer i det at de forskjellige tjenester har egne mål og oppgaver med begrensninger, men det er også muligheter i de forskjellige lovverk(Glavin & Erdal, 2007). Jordmor sa: *Vi må "legge vekk" våre yrker, som at jeg er perfekt jordmor, du er perfekt helsesøster etc. Vi må snakke som en gruppe som skal hjelpe hverandre, ikke kritisere hverandre.* Tverrfaglig samhandling kan for noen føles som en trussel mot eget fag. Når et barn eller foreldre har sammensatte problemer som varer over tid, har de forskjellige fagfolkene jobbet med dette hver for seg og med målsetninger innenfor hver sin tjeneste. Prosjektet i Vestre Toten har som mål at fagfolkene sammen med foreldrene skal se og bruke hverandres tjenester. Ved

sammensatte problemer mener man at tverrfaglig samhandling gjør at man får fram en større helhetlig forståelse (Glavin & Erdal, 2007, s.22).

Innen kulturen på de forskjellige arbeidsplasser ligger det mange myter om hvordan en annen tjeneste håndterer en bestemt foreldregruppe, eller en bestemt utfordring. De forskjellige tjenestene har et ulikt mandat for sine arbeidsoppgaver. Mandatet for den tverrfaglige samhandlingen er gitt, men dette kan være vanskelig å håndtere. En annen vinkling på dette, er at en fagperson er redd at den andre faggruppen kan føle det som kritikk når man kommer med motstridene innspill. Løchen sier: «Det faget vi som yrkesutøvere representerer, kan sammenlignes med erobrede landområder eller intellektuelle territorier som skal forsvares»(Lauvås & Lauvås, 2004, s.32). Fagfolkene i min empiri har utdanning i sitt fag og gjerne en spesialisering, det blir deres «eiendom» (Lauvås & Lauvås, 2004, s.32). Og man må være observant på om fagmiljøene kan føle seg truet i forhold til sin eksistens og sin betydning (Lauvås & Lauvås, 2004, s.33). Dette kan være en årsak til at man ikke bruker hverandre. Når man sitter bak sin dør og veileder en forelder, og man tenker at utfordringen denne personen har, ligger i ditt eget fagfelt, kan det være uventet og til og med vanskelig å be inn en annen faggruppe for å få dennes vurdering. «Det er selvsagt på de områdene der fagene overlapper hverandre at det oppstår mest konkurranse». Man kan kalle det en «revirtenkning», hvor det kan oppstå konkurranse og konflikter (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 36). Hvis to faggrupper, i samme kommune har samme funksjon overfor samme brukergruppe vil disse være «i front mot front kollisjon med hverandre» sier (Repstad, 2004a, s.31). De vil kanskje ha lite å tilby hverandre som ikke den andre har fra før. Men hvis man ikke har noen form for «domeneoverlapping» (Repstad, 2004a, s.31), har man lite å tilby. Det er der faggruppene har delvis overlappende domene at de har mest å tilby. De kan da utfylle og utnytte hverandres kompetanser og samarbeid blir nyttig. Dette sier både helsesøster i psykisk helsevern(Fag) sier at «*Selv om vi kommer sammen på en felles arena, er det sjelden vi er sammen og ser ting samtidig og ser det samme – tverrfaglig*» og psykiatrisk sykepleier (Fag): «*Jeg er helt enig, men jeg tror de fleste kan bli bedre i samarbeid. For de fleste er flinke i faget sitt. Og vi skal være flinke på faget vårt, og ikke på det samme.*

Hvordan kan man legge opp konsultasjonene? Målet i prosjektet er å skape trygghet og trivsel rundt småbarnsfamilien for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge. Dette er målsetningen for det samhandlende arbeidet rundt familien. Denne målsettingen skal gjøre at alle får en felles forståelse og tenkning, og den må ut til alle i tjenestene. Man må tenke metode. «Tverrfaglig samarbeid er ikke et mål i seg selv, men et middel eller en metode til å

nå de målene vi har i arbeidet med barn og unge i kommunene» (Glavin & Erdal, 2007,s.25). Når tverrfaglig samhandling ses på som metoden, må fagfolkene lære seg denne, i tillegg til å styrke eget fag. For å lykkes, må fagfolkene ha samhandlingskompetanse, en spisskompetanse som går på «organisasjons- og organisering- kompetanse, kommunikasjonskompetanse og relasjons- kompetanse». «Man må forstå sin rolle som en del av en helhet – ikke kun faglig, men også organisatorisk» (KS, 2011, s. 7). Samtidig får man god effekt hvis man får alle ansatte til å føle at de som fagfolk har noe igjen for å bruke tid på lære seg metoden (Repstad, 2004a). I Vestre Toten sitt prosjekt, er samhandling metoden fagfolkene skal bruke for å nå prosjektets mål. Fagfolkene har redskapet, men må få tilrettelagt bruk av det. Når oppgavene for fagfolkene blir oversiktlige og kravene utenifra er stabile, er det enklere å få til en standardisering lik et «tannhjul». Men det er slik at man har menneskelige perspektiv med følelser, intuisjon og kreativitet hos fagfolkene. I faggruppens fokusintervju kommer det mange innspill om hva de som fagpersoner tenker vil fungere bedre ved bruk av hverandre. Som Barnehaugen (Fag): *”Når man kjenner en annen fagperson, er det mye lettere å ta ting opp med foreldrene å få tillatelse til å snakke med for eksempel helsestasjonen. Man ser situasjonene man kan trekke tverrfagligheten inn i, for så å finne fram til nye måter å angripe utfordringene på. Dette krever kreative prosesser som ikke kan standardiseres helt. Det er «en innfallsvinkel og ramme for utvikling som bør få større oppmerksomhet og betydning i alle organisasjoner» (Gotvassli, 2007, s.13). Det er viktig å ha plass til menneskelig intuisjon og kreativitet i målsettingen, og dette vil øke muligheten for å få en kultur som fremmer det å lytte til hverandres tanker i samhandlinger rundt utfordringer. Som jordmor også sa: «Vi må snakke som en gruppe som skal hjelpe hverandre, ikke kritisere hverandre. Vi må jobbe for at barnet får det bra. Vi må tenke at alle vil det beste for barnet.»*, og da trengs alle stemmene med plass til stor kreativitet rundt akkurat denne situasjonen. De personene som skal utøve samhandlingen i tverrfagligheten må derfor ha full støtte til dette fra sin ledelse. Samtidig må de ha full forståelse fra de andre ansatte i tjenesten, slik at de kan prioritere denne metoden.

I kap. 6.9.3 i Samhandlingsreformen står: «For å sikre iverksettelse og oppfølging av avtaler og etablere langsiktige og forpliktende planer, vurderes det som nødvendig med sterk ledelsesforankring og en bevissthet om samhandlingskultur og praktisk tilrettelegging i den enkelte tjeneste. Dette fordrer ledelses- og styringskompetanse og klare ansvars- og oppgavefordelinger» (St.meld.nr.47, 2008-2009). Samhandlingsreformen omtaler her forhold opp mot 2.linje tjenestene, men det samme gjelder for samarbeidsavtaler innenfor kommunen.

Kap.5 i Samhandlingsreformen sier at «Samhandlingen mellom ulike enheter internt i kommunen er like utfordrende som internt i foretakene» (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Men hvordan sikre at ledelsen er godt nok orientert? «I noen tilfeller kjenner ikke arbeidsgivere eller nærmeste overordnede praksisfeltet godt nok til å forstå hva som bør endres»(Nygren, 2004, s.153). I Vestre Toten kommune har prosjektet «Trygghet og trivsel for småbarnsforeldre» styringsgruppe på ledelsesnivå. Prosjektet er politisk og administrativt behandlet, med en klar målsetting presentert i de tjenestene som er med. Målene er presentert for alle som medvirket i tilbudet ved oppstarten. Målene er « å legge til rette for bedre samordning av tjenester for barn og unge». Det krever flere prosesser. Både kontinuerlig med ledelsen, innad i tjenestene, og som en sosial prosess mellom menneskene i samhandlingen. I sosialiseringsprosessen mellom fagfolkene i selve samhandlingen deles taus kunnskap. Erfaringer og mentale modeller deles, og man reflekterer sammen. Deretter bruker man dette og lager rutiner og strukturer i måten å fungere sammen på (Gotvassli, 2007, s.53). Ledelsen må ha en aktiv rolle, få informasjon og komme med innspill om hva de ønsker skal være utfallet, slik at det blir en gjensidighet.

Det er noen utfordringer som ikke er nevnt i faggruppens fokusintervju, men som kan ligge som medvirkende årsaker til at fagfolkene strever med å få til en god samhandling. En utfordring er arbeidsoppgaver som de forskjellige tjenestene blir pålagt gjennom nye statlige veiledere, og arbeidsoppgaver rundt nye kommunale utfordringer. Eks. på dette er nye vaksiner, utfordringer rundt smittsomme sykdommer, vekt/høyde kontroller i skolealder, økning av barnevernsmeldinger, og oppfølging av andre prosjekt. Dette fører til skifte av fagpersoner i dette prosjektet. Fagfolk som har vært tilknyttet det tverrfaglige prosjektet må ta tak i nye oppgaver, og andre blir overført til det tverrfaglige prosjektet. En annen utfordring er nye ansatte. Når de blir med i prosjektet, må de få grundig informasjon med mål, tilbud om oppdatering og faglig påfyll i metoder og bakgrunnsinformasjon. Ansvaret ligger på ledelsesnivå, hos styringsgruppen. Det at man i Vestre Toten kommune har lagt prosjektet inn under rådmann med en politisk forankring, gjør at utfordringene skal tas opp her.

En utfordring jeg også ønsker å ta med, ligger hos de enkelte ansatte og i hver tjeneste. Jordmor (Fag) er inne på det med uttalelsen: «[...]Og gang på gang kommer vi til å uffe oss, for dette er nytt og det krever godt samarbeid og erfaringer[...]». De må alle foreta en prioritering i forhold til å ta i bruk samhandling. Det å «uffe seg» kan ha sammenheng med de andre kravene i arbeidshverdagen. Men det kan også være den ansattes egne barrierer for

endring. Enten at man ikke ønsker endring, eller fordi kommunikasjonsmønstre og rutiner i de enkelte tjenester ubevisst fører til en slik barriere (Repstad, 2004b, s.211). Pål Repstad skriver om sosialpsykologen Harriet Holter(1970) sine ulike motstandsreaksjoner på endringsforslag. Disse er: Taushet – når endringen foreslås får man ikke svar. Dobbeltkommunisering – man sier en ting og gjør noe annet. Problemforskyvning- den ansatte gir en egen versjon som ikke kan endres, eks finne en syndebukk. Intellektualisering – den ansatte tar opp problemet, men ser på det som om det gjelder et annet sted. Deflasjon – betydningen av den nye ideen minskes. Mytedannelse – de som foreslår endringene karikeres. Selv tar Pål Repstad med rettferdighetsargumentet - de andre tjenestene vil reise bust hvis en tjeneste får tilført ressurser (Repstad, 2004b, s.214). Jeg vet ikke om noe av dette finnes hos fagfolk innenfor en eller flere av tjenestene. Men det er interessant å ha med seg kunnskap om det inn i alle tjenestene, slik at det kan diskuteres og bli synlig.

Hvordan skjer så kompetanseheving når man skal inn i samhandling? Helsesøster i psykisk helsevern(Fag) har et innspill om at fagpersonene i Vestre Toten kommune får kunnskap og kompetanse gjennom prosjektet, men mener vi må se nærmere på dette, bli trygge på at man har den samme standarden. Hun sier: *«Vi har masse kunnskap om barn, men det springende punktet er: Hva er faresignalet, hva er standard, hvor alvorlig er dette?»* Dette berører et område som gir mange utfordringer, og opplæringen blir en prosess. Når det gjelder opplæring i tverrfaglig samhandling, er dette blitt tilbudt til de tjenestene som er med i dette. Kap.13 i Samhandlingsreformen sier mye om et kompetent helsepersonell. Pär Nygren definerer kompetanse «latinens *competentia* av *Competere*: Kunne, være i stand til, svare til.» Han setter dette sammen til følgende definisjon. «Å ha en bestemt profesjonell kompetanse er å ha en relevant fagkunnskap som gjør en fagperson i stand til å mestre en eller flere av de faglige oppgavene som er tillagt profesjonen i forhold til bestemte krav»(Nygren, 2011, s.85). Nasjonal helseplan(2007-2009) skal beskrive tjenestenes utfordringsbilde, og dermed kompetansen det er behov for. «Det ligger her kompetansestrategier knyttet til helsetjenestens ulike roller» (St.meld.nr.47, 2008-2009). Så kravene til samhandlingskompetanse helsepersonellet må ha, kommer fra departement. Helsesøster i psykisk helsevern(Fag) er inne på hvor utfordrende det er å få til en god og riktig opplæringsprosess. Man lærer mye om samhandling og hva man skal se etter. Kartleggingsverktøy hjelper fagpersonene til å finne ut hvem som trenger hjelp og hvilke tilbud de trenger. Det kommer fram at tilegning av kunnskapen er en ting, noe annet er hva helsesøster i psykisk helsevern er inne på, standarden. Jeg vil tolke dette til standardisering av rutiner, og forståelsen for hverandre ved

læringsprosessen det er å sidestille andres meninger med sin egen. For alle har sin egen fagkompetanse. Når fagpersonene i prosjektet sendes på kurs, kommer de tilbake til hverdagen i sine egne tjenester. Her faller hver og en tilbake til sin egen tjenestes struktur igjen. «Sundin påstår at holdningsendrende og atferds -endrende utdanning er mest effektiv om den skjer i organisasjonen og omfatter alle ansatte, helst også klientene» (Repstad, 2004b, s.215). Når noen i en tjeneste får opplæring og ikke andre, vil det bli vanskelig å få en god prosess. Forståelsen fra de andre i egen tjeneste kan være vanskelig. En ting er at framdriften blir avhengig av enkeltpersoner innenfor de forskjellige faggruppene, en annen ting er at det fort kan bli mange prosesser innenfor hver faggruppe, fordi forståelsen blir så forskjellig. Pål Repstad skriver videre at hvis ledelsen kurses, vil man oppnå noe, pga. deres makt for å endre struktur og rutiner. Vestre Toten har gjort et riktig skritt ved at ledelsen sitter i styringsgruppa, og denne er med på kurs på dette område. Det må så jobbes videre med rutiner jfr. Samhandlingsreformen kap.6.9.3. Alle fagområdene må føle at de har noe å bidra med inn i prosjektet, og de må tjene på samhandlingen (Repstad, 2004a, s.31).

Et tiltak for å synliggjøre behov kan være å gjennomføre en GAP analyse for fagpersonene. Dette for å kartlegge kompetansenivået de fagansatte selv mener de har, sett opp mot hva foreldrenes behov er i et slikt tilbud. Denne metoden krever tid, ressurser og stor involvering av de ansatte selv og av ledelsen, men metoden sikrer eierskap (Nygren, 2006). Det å få et eierskap til egen kompetanse er i seg selv et mål. Som helsesøster i psykisk helse sier: *«[...]Vi får felles kunnskap og kompetanse [...] Da blir vi tryggere- [...]».*

Utfordringene fagpersonene nevner er tatt med sammen med utfordringer som kan ligge skjult i organisasjonen. Disse kan allikevel være viktige for at fagpersonene skal få til en god samhandling. Med bakgrunn i teorier om samhandling, får man fram utfordringene som fagpersonene i prosjektet, tjenesteområdeledelsen og kommuneledelsen har.

For å bruke den tverrfaglige metoden kan det være motiverende å synliggjøre resultater av det å ha jobbet tverrfaglig med en familie, eller vise ren statistikk om hvor mange som får en tverrfaglig oppfølging. Men en ren statistikk sier lite om foreldrene har utbytte av oppfølgingen og om barnet har fått en bedre livssituasjon. Disse resultatene er det kun foreldrene selv som kan si noe om. Gode foreldreevalueringer er viktig for å komme videre i samhandlingen. Foreldrene må få komme med sin stemme. Brukermedvirkning skal ligge både på systemnivå og individnivå. Det må lages gode systemer for at disse erfaringene blir

tatt med i utviklingen, i utføringen og evalueringen av tiltakene. Brukerne har rett til å si sin mening, de skal høres, og vite at de har mulighet til dette (Sosial- og helsedir.2007, s.26).

Hvordan går det med arenaen tilbudet er på?

Tilbudet er på helsestasjonen. Den ene foreldregruppen tar opp utfordringene de ser i helsesøsters vanlige kontroller på helsestasjonen. Tjenestene må ta høyde for at det å se på utfordringene foreldrene har i et tverrfaglig perspektiv, kan gi nye utfordringer for jobben du utfører i ditt eget fag. Mor (F-1): *”Når første barnet ble født, fulgte stort sett en helsesøster opp hver gang. Nå tror jeg det har fløti litt mer,[...] «hvis det hadde vært noe som burde følges opp eller jeg hadde sliti og på en måte, da hadde det vært krevende at du måtte utlevere deg til stadig nye, og aldri på en måte følge opp tråden fra sist».* Dette gjelder helsestasjonen, og det er her fagpersonene i det tverrfaglige arbeidet samles og organiseres. Systemene her blir ekstra belastet ved omlegging til nye rutiner, og det blir viktig å foreta evalueringer, slik at vi får fram foreldrenes stemmer. I fokusintervjuene med foreldregruppene er det flere gode tilbakemeldinger. Mor (F-1): *[...]Først er det en ½ time med informasjon, hvor alle unga ligger på gulvet og det er fred og fordragelighet, men så sprer man seg, noen går inn til Nav og andre helsesøster, noen til doktoren – da er det ingen som legger merke til hvem som går hvor.»* Og Mor (F-B):*[...] Og jeg føler meg kjempeheldig som bor i Vestre Toten, og har fått dette tilbudet[...].»*Kommunen må stadig hente inn foreldrenes erfaringer med det tverrfaglige tilbudet. Disse erfaringene vil vise om tverrfagligheten gir gevinst for foreldrene, og om det har dukket opp nye utfordringer i tjenestene.

I fokusintervjuene med foreldrene sa en mor(F-1) at når hun kommer på helsestasjonen ser hun at det er et større tilbud.»*[...]det virker åpent og inkluderende med en relativ lav terskel for å komme å spørre om ting.»* En annen mor (F-B)sier: *«[...]helsetjenesten sin hensikt er jo flott. Og jeg føler meg kjempeheldig som bor i Vestre Toten, og har fått dette tilbudet[...].»* En tredje mor (F-2) sier: *[...] jeg vet ikke hvem jeg skal spørre om å være med og informere barnehagen, [...]så da ble helsestasjonslegen med.»* Og en fjerde mor (F-3) sier: *”[...]jeg ringte på helsestasjonen og forklarte problem. [...] Det ble ordnet i løpet av 14 dager. [...]. Supert.”* Dette er fire eksempler fra fokusintervjuene som viser at det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen fungerer godt for disse mødrene. Det at kommunen har en lav terskel for at mødrene får hjelp til det de spør om i kommunen, er noe av intensjonen. Dette kalles LEON prinsippet: Kommunen skal «gi hjelp og behandling til de som trenger det på lavest effektive omsorgsnivå» (Sosial- og helsedir. 2007, s. 12). I kartleggingen fra SINTEF(2006) av barn,

unge og familier sine behov for kommunale tjenester, defineres lavterskeltilbud som tilbud om sekundærforebyggende tiltak for å hindre at problemer videreutvikler seg eller varer ved. «Tiltakene er rettet mot definert grupper, barn, unge eller familier som oppfattes å være og risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at den tilbys uten venting og lang saksbehandling»(NOU 2009:22, s.79). I denne forbindelse blir helsestasjonen nevnt som et viktig lavterskeltilbud også ved målrettede tiltak mot barn som lever med risikofaktorer. Dette er ved siden av de vanlige universelle forebyggende tiltakene rettet mot alle barn uansett risikosituasjoner.

I følge forordet i den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven 2012 skal kommunen sørge for et samkjørt tilbud, et helhetlig forløp, tidlig intervensjon og forebygging. Utvalget i NOU 2009:22 vurderte et systemperspektiv på barnets utvikling fordi «barnet lever i kontinuerlig interaksjon med sine omgivelser, og påvirker og påvirkes av disse. Også forhold utenfor barnets dagligsfære, som foreldres livssituasjon og den generelle samfunnsutvikling»(NOU 2009:22, s.81). Videre beskrives det at barn og foreldre/gravide har helsestasjonen som en arena, i barnets tidlige livsløp, hvor det kan foretas kartlegging og settes inn tiltak.

Her nevnes lav terskel for å få hjelp, kommunens ansvar gjennom sin helsestasjonsvirksomhet, og samtidig en helhetlig tenkning med et systemperspektiv. Kommunen har ansvar for å tilby tjenester til barn og unge og gravide, og ha rutiner for samarbeid med andre kommunale tjenester og spesialisttjenester. Dette ifølge Forskrift om kommunens forebyggende og helsefremmende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-1. Utfordringen helsestasjonen får, er viktig når jeg skal ser på om dette er den riktige arena for en slik tverrfaglig samhandling. Helsestasjonen er det stedet som når ut til alle barn i livets begynnelse, og peker seg derfor ut som en naturlig samhandlingsarena.

«Det ser fint ut og høres flott ut», men hvordan fungerer forebyggende barnevern i praksis

En intensjon ved de tverrfaglige tilbudene, er at foreldre skal kunne nå tilbudene uten å lete. Man skal « ha et godt kvalitativt og lett tilgjengelig tilbud, gjøre tjenester i kommunen godt kjent og la brukerne få en følelse av å bli «hørt». Gravide og foreldrene skal oppleve helhet i tjenesteytingen, og de skal ikke sendes fra sted til sted når de skal ha tjenester.» Det er det en mor(F-1) sier,»[...] at du greier å lokalisere ting og at det oppfattes som en enhet, tror jeg er veldig bra.[...]» Det må være bedre å kunne henvende seg på en dør på helsestasjonen og spørre her – mindre terskel. Virker på meg å være en bedre løsning[...] Og her har de også

flere fagpersoner.» Foreldrene i fokusintervjuene har forskjellige synspunkter på hvorvidt alle faggruppene som er med i dagens tilbud på «Trygghet og trivsel for småbarnsforeldre» bør være med. Mor (F-B) mener det er fint at foreldre blir kjent med barnevernet på «Åpen helsestasjon», men hun er ikke trygg på om de gir et riktig bilde av seg selv. Hun mener de agerer annerledes når de får en barnevernssak, og dermed vil foreldre få et feil inntrykk av dem. Hun sier at de må være tydelige i sin informasjon om hvilken rolle de har, og hvordan de jobber. Kap. 4.6 i Samhandlingsreformen sier: «Barneverntjenesten har som sin spesielle oppgave å ta vare på de mest sårbare barna. Helsetjenesten har ansvar for å samarbeide med andre relevante tjenester, f.eks. barneverntjenesten, for å sikre at barna ivaretas på en god måte, og at de får den hjelpen de evt. har behov for på et så tidlig tidspunkt som mulig» (St.meld.nr 47, 2008-2009). Helsetjenesten, barnehagen, NAV, enten de jobber med den voksne eller de jobber med barnet, er ofte de som får de første bekymringene for barnets situasjon. I et samhandlende tjenestetilbud, er det viktig at alle, både fagfolk og foreldre vet at alle, ikke bare barnevernet, har en selvstendig plikt til å melde fra så fort man har «grunn til å tro» at et barn er utsatt for alvorlig omsorgssvikt (...) etter Lov om barneverntjenester, §6-4, eller f.eks. Barnehageloven §22, eller helsepersonelloven §33 (Kjønstad, 2001). Hvis mistanken går på alvorlig vold og seksuelle overgrep, meldes dette til barnevernet eller politi uten at foreldrene vet det. Det er kun barnevernet som har myndighet til å foreta en undersøkelsessak. Men utover de få tilfellene hvor en har en alvorlig bekymring, er intensjonen i det tverrfaglige tilbudet å gi tilbud om veiledning og hjelp på et tidlig tidspunkt. Foreldrene er barnets omsorgspersoner, og må klare å fungere som dette for at barnet skal ha en god oppvekst. Hovedintensjonen er at barnet ikke skal leve i en tilværelse som er skadelig for dets utvikling. Som Finn Skårderud skriver, er mennesket det vesen blant alle dyr som er mest avhengig av omgivelsene i oppveksten. «Den som har erfart trygg tilknytning i oppveksten, har større sjanse for å utvikle gode mentaliserende evner» (Skårderud, 2011,s.143). Skårderud skriver videre hvordan barnets mentale utvikling er avhengig av bevissthet og omtanke fra de voksne. Når barn- og foreldresamspillet fungerer, vil hele familien tjene på det. De forskjellige tjenestene har mange tiltak som støtter foreldre. Det kan også være slik at fagpersonen ser at foreldrene kan bedre sin foreldrekompetanse på enkelte områder, og at de i en slik situasjon motiveres til å jobbe med denne. Det er viktig å vite når det ikke er godt nok. Faren med å sette inn tiltak uten en god undersøkelse, er at man tildekker en foreldrefunksjon som ikke fungerer. En mor (F-D) i fokusintervjuet, uttaler at hun er trygg på at barnevernet gjør det beste for barnet hennes, og at de hjelper henne til å få det til. I tilbudet på helsestasjonen etterspør mange hjelp og støtte opp mot sin foreldrerolle, men

utfordringen ligger i å få foreldrene til å bli trygge på at hjelpen gjøres til det beste for barnet deres som her i dette tilfellet. Hvis foreldrene blir utrygge og trekker seg unna hjelpeapparatet, må barnevernet jobbe aktivt for å få foreldrene motiverte til å ta imot hjelp igjen. Denne motiveringen kan da ta tid. Med tanke på de minste barna, er det viktig at barnet og foreldrene får kontinuerlig hjelp. Ifølge Daniel Stern sin teori om selvets utvikling, er barnet avhengig av empatiske og nærværende foreldre som møter barnets behov. Dette er spesielt viktig de første 0-2 mnd. hvor («det gryende selvet») utvikles, og primærbehov som søvn, mat og gråt må dekkes fra omsorgspersonen. De neste 2-6 mnd. utvikles («kjerneselvet»). Nå skal barnet bli i stand til å føle at det kan påvirke, føle fysisk helhet, forstå at følelsene blir møtt og at det er en kontinuitet i samhandlingen med omsorgspersonen. Etter 6 mnd kommer evnen til å dele følelsestilstander med foreldrene, og («det subjektive selvet») utvikles. Barnet opplever betydningen av at egne følelser som gråt, initiativ og glede, blir møtt med respons (Lund, 2005, s.43). Hvis barnet gjennom dette første året opplever avvisning, utålmodighet, og at det blir oversett, får det en følelse av ikke å bli møtt. Dette får betydning for utvikling av en trygg tilknytning. Det er viktig at foreldrene de første månedene i barnets liv, er mottagelig for å ta imot veiledning. Det blir ekstra uheldig hvis foreldrene stenger hjelpen ute da.

I dag kan ikke fagfolk melde til barnevernet før fødsel, hvis ikke foreldrene selv vil det. Hvis barnevernet må kobles inn ved fødselen uten at det har vært en god prosess opp mot denne situasjonen, kan foreldre bli svært utrygge. Her har jordmor en viktig rolle i samarbeid med de andre tjenestene. NOU, 2012:5, punkt 11, omhandler vern av det nyfødte liv. Det skal vurderes om «dagens lovgivning i tilstrekkelig grad sikrer vern av ufødte barn der gravide mødres livsførsel kan skade barnet under svangerskapet» (NOU, 2012:5). Hvis mor ikke ønsker støtte under svangerskapet, vil de alvorligste tilfellene føre til at barnet tas fra hjemmet raskt etter fødsel. Men vanligvis gjennomfører barnevernet en undersøkelsessak som skal være gjennomført i løpet av 3 måneder. Denne tiden lever foreldre og barn sammen, og dette er en dyrebar tid for tilknytningsutviklingen. Denne prosessen må planlegges før fødsel, hvor jordmor og fastlege kan introdusere fagpersoner som kommer inn i samhandling med den gravide. De kan da kartlegge og bygge opp foreldrekompetanse. Dette jobbes det med gjennom Modellkommuneprosjektet (Rapport 2010).

Barnevernet er et vern av barnet, og i første rekke en hjelp til foreldrene. Det er tre sentrale føringer i barnevernsloven: «Egenverdien for barn ved oppvekst hos biologiske foreldre, at inngrep skal være mildest mulig, og at barnevernet skal samarbeide med foreldrene (Havik,

Larsen, Nordstoga & Verland, 2004 s.84). Det er forståelsen for helheten i barnets situasjon som blir viktig. Hvis man har funnet fram til disse foreldrene allerede i svangerskapet, kan man få tid til en god refleksjon sammen med det «gravide» paret. Fagfolkene som jobber med de blivende foreldrene, kan få til en god motiverings- og realitetsorienterende prosess. Et godt arbeid kan medvirke til at foreldrene får større tiltro til alle hjelpetjenestene, og får en opplevelse av at det er en samhandling mellom tjenestene som hjelper de videre. Tjenester som har opparbeidet en god allianse med den gravide, vil også kunne være en god hjelp i tiden etter fødsel. For å få til dette, må de som jobber med voksne og de som jobber med barn ha gode samarbeidsrutiner. Det må være gode muligheter for fagfolk å jobbe på tvers. F.eks. at jordmor kan være med den første tiden etter fødsel, og at helsesøster og evt. barnevern blir kjent med den gravide familien før fødsel. Informasjonsbehovet drøftes videre i kap.8.

Men det er mange oppfatninger om barnevernet, som far (F-fA) sier: *"Ja, når vi ser dem som gruppe, så er det veldig bra, men når vi ser reaksjoner rundt bordet her, [...] – ikke bra. For det vi ser i media og slik er at unga blir revet fra foreldrene. Og barnevernet har den pletten på seg, faktisk. Og det syns jeg er synd."* Man vet at det å bli tatt med på råd som bruker, enten man har tiltak fra hjelpetjenester eller ei, kan gjøre at man føler større kontroll med situasjonen. Drammen kommune har prøvd ut dialogkonferanser. Dette er konferanser mellom politikere, ansatte i barnevernet og foreldre med behov for bistand fra barnevernet. Foreldrene uttrykker at de opplevde det positivt å bli invitert, respektert og de følte seg verdsatt (Seim & Slettebø, 2007, s.125). «Medvirkning omfatter både deltagelse og innflytelse» (Seim & Slettebø, 2007, s.186). Som mor (F-D): *"Det som er dumt, er at barnevernet ikke kan forsvare seg, jeg kan garantere at de gjør en veldig grundig jobb når de først gjør noe."* Dette uttaler mor(F-D) som mener hun har fått god hjelp. En konklusjon er at Vestre Toten kommune kan jobbe mer for å få tak i foreldrenes stemmer.

En intensjon med hjelp til gravide og foreldre er at fagfolkene skal hjelpe familien til å klare seg selv i fremtiden. I de fleste tilfeller skal hjelpeapparatet bli overflødige. I fokusintervjuet med fagfolk sier barnehagen(Fag) at de må bli flinkere til å la foreldrene skjønne deres ansvar for barna. NAV (Fag) er enig. Fagfolkene er hjelpere for familiene, men de er også barnas advokater. De må ikke bli advokater for eget arbeid. Som Liv sier i intervjuet:» *Hva slags grunnlag gir dette for tverrfaglighet?»*

Hvordan hjelpe de voksne i familien?

En utfordring i samhandlingen er at fagpersonene jobber med forskjellige personer i familien. Eksempel er voksenpsykiatri som jobber med de voksne i fokus, barnevernet som jobber med barnet i fokus, jordmor som jobber med den gravide i fokus, og NAV som kanskje jobber med far i fokus. Ved at fagpersoner knyttet opp mot disse områdene er samlet på samme sted, får man fokus på den voksne og på barnet. Dette er nytt i det tverrfaglige samarbeidet i Vestre Toten kommune. Vanligvis er det de tjenestene som jobber opp mot barnet som samles for tverrfaglig samarbeid. Lik «Familiens hus» som er en modell som mange kommuner jobber etter. Vestre Toten har valgt at både tjenesteområder som jobber med barnet, og tjenesteområder som jobber med voksne skal jobbe sammen opp mot familien.

Når en forelder er mottagelig for hjelp, blir det viktig å vite hvilken hjelp man har å tilby. Man bruker hverandres kompetanse, ikke kun sin egen. Som psykiatrisk sykepleier(Fag) sier: *”Vi har i noen sammenhenger dekket alvorlig svikt ved å være for tiltaksivrige. Vi vil prøve ut og prøve ut.”* Hun ser den voksne syke og trenger en annen faggruppe sitt syn vedrørende barnet sin situasjon i samhandlingen. Dette vil gjøre at utfordringene som ligger i barnets oppvekstsituasjon blir tatt tak i gjennom tverrfagligheten. Fagfolkene ser mulighetene som ligger der og setter inn riktige og godt tilpassede tiltak i hele familien. Kunnskap om effekten av dette samspillet vil være med å motivere fagpersonene.

For å underbygge dette, henter jeg sitat fra en far(F-fC). Han kommer med en refleksjon *«at en ikke føler at en er en total taper fordi om en har måttet ha hjelp til et eller annet.»* Blir utfordringene vedrørende barnets og foreldrenes livssituasjon tatt tak i på en god måte gjennom den tverrfaglige samhandlingen? Hjelpen som tilbys må bygge opp forelderens og ikke svekke han. Far (F-fA), gir oss et eksempel *«[...] Jeg fikk beskjed om å gå over gangen (på helsestasjonen). Inn til psykisk samtale, og dette ble en del av en prosess. Og jeg ble mye sterkere. [...]»*. Her sier far at han har blitt mye sterkere, noe som er intensjonen med det tverrfaglige tilbudet. De som trenger, skal få hjelp og bli sterkere. Foreldrene skal ikke behøve å gå og streve alene, og de skal heller ikke føle seg som tapere hvis de spør om hjelp i sin voksenrolle. Fagfolk må ha evnen til innlevelse i forelderens situasjon. Det å stå side ved side i horisontale relasjoner og jobbe for respekt og menneskeverd er en viktig egenskap for fagfolk. Man kan bruke en empowermentorientert modell, og det vil si at man bruker et inkluderende språk, selvtillitsskapende, og er delaktig i en jeg-du- relasjon. *«Å bli sett, hørt og tatt på alvor og respektert er viktige ingredienser for selvfølelsen»*(Askheim & Starrin,

2007, s.68). Empowerment kan handle om at personer som er i en avmaktsituasjon kommer seg ut av denne ved å opparbeide seg styrke og kraft. (Askheim & Starrin, 2007, s.68). Hvis fagfolk ikke kommer i posisjon til dette og dermed ikke når fram til de foreldrene som trenger hjelp, kan forelderens sårbarhet til slutt gå ut over barnet. Som representanten fra barnehagen(Fag) sier: *«[...]Vi får sjelden den informasjonen om hvordan foreldrene egentlig har det. Vi ser egentlig tingene gjennom unga. Og da har det egentlig gått for lang tid.[...].»* Dette er en vinkling rundt den voksnes problematikk som må tas tak i en tverrfaglig samhandling.

Ifølge fokusintervjuene med foreldrene, ga far (F-fA) og mor (F-3) uttrykk for at de fikk god hjelp fra psykisk helse på helsestasjonen. Det ble raskt oppfattet at det var denne tjenesten de trengte som voksenpersoner. Det er usikkert om det er skapt en bevissthet hos far(f-fA) og hos mor (F-3) om sammenhenger mellom den hjelp de fikk og barnets videre utvikling. Det hørtes ut som om de følte de fikk hjelp til å mestre situasjonen de var i, og det kan sidestilles med empowerment. Det å oppleve kontroll over eget liv og mestre hverdagens utfordringer. En mestringsorientert hjelp skal gi forelder en opplevelse av «sence of coherence» som Antonovsky (1987) kalte det. Forklart som « å forstå situasjonen, utvikle en tro på at en kan finne fram til løsninger og finne en god mening i å forsøke på det» (Askheim & Starrin, 2007, s.29). Slik at foreldrene får en opplevelse i å kunne influere på eget liv. Det er i disse sammenhengene vi fagfolk ser at tverrfaglig samhandling kan synliggjøre situasjonen bedre. De forskjellige tjenestene ser forskjellige utfordringer hos foreldrene eller hos barna, og de kan tenke ulike tiltak på flere områder. Hvis dette kan tilbys uten å måtte sende foreldre fra et sted til et annet, får vi større sammenheng i tilbudene, uten at foreldrene må vente mellom hvert tilbud. Slik det vanligvis fungerer, må foreldrene presentere sitt problem gang på gang.

Hvis man tilstreber «sømløse» overganger fra en tjeneste til en annen, så blir ikke familien utslitt av venting og bekymring. Det man tilstreber, er at foreldrene får sammenheng i hjelpetjenestene. Det er foreldrenes eget ansvar å prøve å følge opp foreldrerollen. Men vi skal veilede som et tydelig hjelpeapparat, slik at de oppnår en selvstendighet i sin foreldrerolle, får veiledningen de trenger, og bruker ressursene på oppfølgingen av barnet og ikke på bekymring for egen oppfølging i venteperioder som vi påfører dem. Hvis dette skal skje, må kommunen tilrettelegge for samhandling som en metode opp mot foreldrene. Alle tjenestene må ha en felles kunnskap ved siden av kompetanse i eget fag. Hver enkelt fagperson må se nytten av samhandlingsmetoden, og samtidig ønske å bruke den. At det tverrfaglige tilbudet er flettet inn i den vanlige helsestasjonsvirksomheten, gir ekstra

utfordringer til denne tjenesten, men uttalelser fra foreldrene i fokusgruppene ser ut til å mene at dette er en god plassering. Selve organiseringen av tilbudet vil kunne videreutvikles uten for store omveltninger.

7 Hvem er tilbudet ment for

Empirien fra de tre fokusintervjuene synliggjør hvilke foreldregrupper det tverrfaglige tilbudet skal være rettet mot. Vil det å hente inn andre fagpersoner til helsestasjonen, gjøre denne tjenesten mer eller mindre attraktiv for foreldrene? Hva sier fagfolk og hva sier foreldre?

Liv: "Oppdraget deres er at dere skal støtte og ivareta foreldre i en av de største omstillingene i livet et voksent menneske gjennomgår, nemlig å bli foreldre. Og da tenker vi gleder, flott, men det er noen bekymringer, en og annen uro her og nå, fremtidsuro, praktisk uro som preger helt normale foreldre. Og dere skal ivareta denne praktiske hverdagen i "åpen helsestasjon". Nettopp ved å organisere helsestasjonen som et tverrfaglig tilbud. En dør inn og mange ulike tilbud med en lav terskel [...]."

Jordmor (Fag): "Jeg tenker det var en enkel versjon. Det er så mangt. Det du forteller blir de "normale fødsler", vanlige kvinner som ikke har noen belastninger fra før. Men alle andre som sliter mye, da blir det så mye mer enn den versjonen du la fram - en stor overgang for alle, men de som sliter og som ingen ting er på plass!"

Barnevernet (Fag): [...] "vi opplever at de som møter på åpen helsestasjon er foreldre med ressurser. Så vi får ikke tak i de vi gjerne skulle hatt tak i. Vi får ikke tak i de som trenger noe ekstra[...]. Åpen helsestasjon fungerer mest for de foreldrene som fungerer godt. Vi oppdager at få har tatt kontakt med barnevernet her[...] Nå er vi kun tilgjengelige hvis noen ønsker å komme i kontakt med oss. [...]"

NAV (Fag): "Jeg har brukt det slik at jeg henviser de som trenger noe ekstra, som trenger noe ekstra i forhold til ungen. Jeg prøver å få til et samarbeid, og jeg tror det funker. Jeg har jo de som barnevernet snakker om at kanskje ikke kommer hit, veldig unge enslige, uten nettverk rundt seg."

Helsesøster i psykisk helse (Fag): "Det er vel gjerne de som har dårlig tilknytning til arbeidslivet, som mottar masse stønader, og som har gjort det fra de hopper ut fra videregående. Jeg opplever at ting er veldig sammensatt – behov for kartlegging. Finne ut

hvor skoen trykker nå. Vi må diskutere hvorvidt åpen helsestasjon er en arena for alle grupper. Det må vi diskutere. Vil vi få ned denne terskelen? Er det mulig? [...]

Faggruppen uttaler seg om hindringer de ser kan være der for foreldrene.

Helsesøster (Fag): «[...]Jeg er opptatt av de [...]som lever litt annerledes [...] Jeg må jobbe med meg selv med at dette er bra nok for denne familien. Hva er bra nok?[...] vi har fått en ny gruppe – de fremmedspråklig, småbarnsfamilier og her må vi også gjøre noe med våre egne holdninger. Alle har ikke alt på stell. [...]men da må vi tenke at andre kan ta andre valg og ha det godt med det. Kartleggingsverktøy blir viktig for når vi skal ut å vurdere dette, så vi som personer kommer litt i bakgrunnen.»

Nav (Fag): «[...] det er ikke alltid det handler om at de ikke vil hit. Det kan være så enkelt at noen ikke har penger til buss hit, eller de får det ikke til – noen er psykisk syke.[...]et er ikke sikkert vi klarer å nå absolutt alle som burde vært her.».

Helsesøster i psykisk helsevern (Fag): «Jeg tenker også på det å tørre å møte opp. Vi legger opp til mye felles, store grupper, og å møte i en sammenheng som er uoversiktlig. Hvis du har sosial angst[...], vanskelig å stikke seg fram [...].»

Helsesøster (Fag):«[...] noen kan ha behov for at nettopp du kommer[...].»

Jordmor (Fag): «[...] ikke putte folk i bås, men komme sammen og føle seg vel med andre i samme situasjon.»

Barnevernet sier noe om at de ikke får tak i foreldre som trenger deres tilbud, mens NAV mener de henviser disse foreldrene inn i tilbudet. Faggruppen tar opp hvordan det lar seg gjøre å få til et godt oppmøte hvor foreldre føler seg vel, og hvor noen er en ressurs for andre. Jordmor (Fag) har hatt mange svangerskapskurs, og sett at for noen kan det være vanskelig å være til stede.

Jeg har egentlig bare mannen min sitt nettverk, og vi ser at behovet for nettverksbygging er viktig for mange foreldregrupper

Flere av foreldrene fra fokusintervjuene uttaler seg om nettverk og det å ha noen å støtte seg på. Jeg har hentet inn uttalelser fra foreldrene om gruppene i det tverrfaglige tilbudet har vært med å etablere nettverk for dem.

Mor (F-C): «Jeg kom fra en annen kant av landet for 2 år siden. [...], fikk heller ikke fortsette jobben etter at jeg fikk henne. Jeg har egentlig bare mannen min sitt nettverk. Rakk ikke å jobbe så lenge før jeg fødte.». Hun forteller så at hun ikke rakk å etablere nære venner her i kommunen.

Mor (F-D): «Og jeg er så uheldig som mamma, at jeg har hele slekta, all familie og alle venner, alt bor 60 mil unna. Kjente kun barnets far før fødselen–[...]»

Far (F-FC): Han var med på svangerskapskurs på mamma og pappakveld. «Det var kjempeåltreit, for da kan du få innspill fra folk som har blitt fedre før».

Mor (F-D): «Jeg var med en gang. Jeg kunne ikke fatte og begripe hva jeg skulle med svangerskapskurset[...].»

Liv: «Fikk dere et nettverk i svangerskapsgruppa?»

Mor (F-C): «Ja jeg ble kjent med folk og jeg fikk info om forskjellige nettsider som mammanett og sånn, og jeg fikk kontakt med folk rundt i Raufoss.»

Far (F-FC): «Og Småtrølltræff på kulturskolen.»

Mor (F-B): «Ja Småtrølltræff er veldig fint. Og trilletralltur.»

Anne Katrine spør mor (F-E) som er flyktning, om hun har brukt åpen helsestasjon. Hun har vært på vanlige helsestasjonskontroller, og ønsker å komme på «Åpen helsestasjon» neste gang. Hun har vært på «Småtrølltræff», og har der blitt kjent med norske foreldre. «Småtrølltræffet» er et samarbeid innunder tverrfagligheten mellom kultur, helse og frivillige. Det er ukentlig 10 uker høst og 10 uker vår, med musikk, kafe og trilletur.

Hvordan kan foreldrene nyttiggjøre seg de tverrfaglige tilbudene på helsestasjonen

Dette er et tilbud både for foreldre som fungerer godt og foreldre som strever med foreldrerollen. Foreldrene uttaler seg om hvem som blir fanget opp.

Mor (F-3) sier hun synes dette virker som et strålende tilbud, men stiller spørsmål om det er rettet mest mot de ressurssterke.

Liv: “ det skal være et tilbud for alle. Om man er ressurs svak eller ressurssterk – jeg vet ikke om jeg synes noe særlig om de begrepene, fordi jeg er nok ressurssterk på noen områder, og så

er jeg ressurs svak på andre. Det er nok ikke konstant. Da tenker jeg som så, at det er lagt til for å være et tilbud for foreldre som er bekymret for sine egne foreldreferdigheter, eller omgivelsene er bekymret, eller noen som er nysgjerrig på en annen type pedagogikk. Det skal være noe for alle, tror jeg meningen er.”

Mor (F-1): *«Jeg har råkt ved at jeg har vært til stede for annen kontroll samtidig. Da har jeg sett at det er mye folk her. Mye spørsmål og, men jeg har ikke deltatt....Har ikke vært i noe barselgruppe, for jeg har et stort nettverk ellers, så jeg er vel ikke av dem som har brukt helsestasjonen for det den er verdt[....]*

«Det er vel kanskje de som burde ha vært der som ikke er der.[....]. I stor grad tror jeg at det er de mest ressurssterke som reiser på sånne møter (Åpen helsestasjon sine temaer).[....]

Mor (F-3) mener også det er de ressurssterke som bruker åpen helsestasjon.

Så diskuterer de temaene på «Åpen helsestasjon».

Anne Katrine: *“Jeg vil jo tro at noen av disse temaene er det noen av dere som tenker at dette finner jeg ut på egen hånd. Mens andre tenker, oi så godt det kan være å komme dit å spørre litt [....]*

Mor (F-3):*«[....] jeg hadde lesi minst mulig, for jeg orket ikke å bekymre meg.» [....], jeg vet ikke om det var fordi de visste mitt yrke (innenfor helse) men jeg hadde aldri fått barn før, og var ute etter litt informasjon[....], men det var det ingen som gjorde.[....], så det hadde vært fint og ha vært på alle disse møtene og fått den informasjonen jeg ønsket på en lettvinnt måte.»*

Mor (F-1): *«[....]det jeg kjenner på ganske ofte, er når skal jeg være bekymret, ikke hysterisk men[....]Av og til føler man seg så dum.[....], så leser man ting i avisen[....]og hører ting på bygda. Jeg skulle ønske de sa at ingen henvendelse er unødvendig.[....].»*

Mor (F-1) og mor (F-2) snakker om hvor viktig det er med måten ting blir sagt på.

Førstegangsforeldre vil bekymre seg i mange situasjoner, fordi det er en ny situasjon for dem.

Liv: *«Når man ikke finner roen selv og ikke kan stole på egen dømmekraft, må man ha tilgang til noen andre, som ikke dramatiserer men tar henvendelsen på alvor[....].»*

Her hører vi to sekvenser fra fokusintervjuene i foreldregruppen(F-1,2,3). De tenker at dette kunne være et tilbud for alle foreldre, men at det kanskje er de mest «ressurssterke» som

benytter seg av tilbudet. Dette snakker også faggruppen(Fag) om. Videre tok faggruppen opp hva de tenkte hindret enkelte i å komme, og hvilke løsninger man kunne prøve ut.

Den andre foreldregruppen(F-fA,B,C,fC,D,E,F) diskuterer vanlig sped- og småbarns-problematikk, og spesielt redselen for at man ikke strekker til som forelder.

Mor (F-B): Hun lurte på hvor hun skal henvende seg. Hun synes det er skummelt å innrømme overfor fagfolk på helsestasjonen at hun ikke selv har taket på det. Hun er redd barnevernet vil komme og ta barnet fra henne.

En ting er at faggruppen må tilby foreldre veiledning etter det behovet de har, uten at de spør etter det selv. Noe annet er det å gi veiledning på en god måte som fører til at foreldrene reflekterer over det som blir presentert.

Helsesøster (Fag): *«[...] Vi må tenke at foreldrene ofte trenger mye i starten. Så blir de selvstendige etter hvert.[...].»*

Anne Katrine nevner at en mor sa det var godt å *«[...]ikke behøve å si fra om alt selv[...].»*
«at hun aldri var blitt konfrontert med slike ting (forventede «krav» til det å være foreldre), men hun har savnet det.»

Jordmor (Fag): *«Vi har plikt til å informere. Selv om de er høyst oppgående personer på mange områder. Eks[...] et par skulle ut å reise 4 uker etter fødsel, vant til å planlegge etter kalender, fikk noe å tenke på etter informasjon fra jordmor[...].»*

Helsesøster (Fag): *«Venner er på nett i mange diskusjonsfora. Og det diskuteres hva helsesøster har sagt etc.»*

Jordmor (Fag): *«Foreldre tolker mye av det de leser.»*

Representant fra barnehagen(Fag): *«Utfordringen ligger kanskje nettopp der at mange foreldre leser seg til kunnskap, og når da utfordringene blir annerledes blir det vanskelig. Noen tar da og tenker at å plassere barnet i barnehagen vil løse det. [...].»*

Helsesøster i psykisk helsevern (Fag): *«Jeg blir opptatt av det limet som skal holde paret sammen, og jeg opplever at det slites med samspill, kommunikasjon og forventninger. Og det blir vanskelig når man får et barn sammen som man skal enes om. Ta stilling til alt mulig. Den ene kan da ofte trekke seg helt vekk, eller det kan bli mange konflikter. Og er vi gode til å tenke langsiktig?»*

Nav (Fag): «Når vi ser på ungdommen (som går på NAV), så er de aller fleste vi ser ressurssvake med sosiale problemer, fra en slekt med sosiale problemer[...]. Vi vet jo det med sosiale arv[...]vi bør kalle en spade for en spade[...].»

Helsesøster (Fag): «Jeg er opptatt av ressurssterk på noen områder og ressurssvak på andre – det blir jo viktig. Lang erfaring skal brukes, vi må også se på den kunnskapsbaserte. Jeg syns det blir mer og mer synlig at vanlige folk har så lite handlingsrepertoar på enkle problemstillinger.

Psykiatrisk sykepleier(Fag): «Kan det henge sammen med samfunnet. Alt er timet, da skal vi ha gjester, da skal det vaskes, da skal det trimmes, da skal vi ha diett etc, osv og så får man en unge som ikke følger skjemaet.»

Helsesøster (Fag): «Og så sitter man som helsesøster og sier, det hadde vært fint om dere hadde et felles måltid[...]der blir de ressurssvake. Alle har sterke og svake sider.»

Barnehagen (Fag): «[...] kl 6 er jo morgenen for barn. Foreldre takler det dårlig.»

Helsesøster i psykisk helse (Fag): «[...] Mindfullnes, mentalisering, alt det nye vi nå setter oss inn i[...]bruke de riktig.»

Anne Katrine: «Vi må gjøre en jobb for at alle kan bli kompetente. Vi kan ikke bare tenke barnevern.»

Nav (Fag): «Og de guttene som ikke har opplevd et normalt familieliv, de trenger å høre om disse tingene.»

Her er det en lengre sekvens om hvordan både ressurssterke og ressurssvake har behov for veiledning i sin foreldrerolle. Det gjelder sortering av informasjon, hvordan bruke nettet, gode nettadresser og det å få hjelp til akkurat sine utfordringer. Samtidig kommer det fram et behov for å være tydelig på fagfolkene sine roller i den tverrfaglige helsestasjonen.

Foreldre som får barn som fødes med spesielle behov, trenger ekstra oppfølging

Når det gjelder barn som trenger ekstra oppfølging, er det i dag en del etablerte tiltak.

Hvordan kan vi fange disse opp på denne arenaen? Jeg henter inn en sekvens hvor en mor sier hva hun tenker om behov rundt sin situasjon. Dette gjelder en mor i foreldregruppen, og derfor blir det for tynt grunnlag til å trekke konklusjoner, men samtidig er det et viktig tema.

Mor (F-2): *"Du slipper å finne ut alt selv. Jeg ser bare det på diagnosen til datteren min, her har jeg funnet ut av oppfølgingen selv[...]"*

Liv: *"Det er noe av det som er utfordrende – Hvis ikke det er noe lokalt man kan lene seg på og stole på har høyere kompetanse enn en selv da – det er klart du er mest kompetent på din egen datter men det hadde vært deilig hvis noen andre er litt mer kompetente på diagnosen til datteren din, enn det du har. "*

Mor (F-2): *"Ja, det er det jeg syns jeg føler, at jeg ikke fikk noen informasjon. Jeg ble sendt rett fra et sykehus til et annet (uten å få informasjon). De mente de kunne gi informasjonen med medisiner og alt dit jeg kom. Og så kom jeg dit og fikk bare en brosjyre – jeg forventet at jeg møtte en person som skulle gi en innføring i det."*

Liv: *«Du har ikke blitt tilbudt det, men du har heller ikke spurt om det. Betyr det at terskelen for å spørre er...» «Du jeg føler meg ganske forsikret på at du krever på hennes vegne. Men du vet noen ganger er man jo redd for å spørre.»*

Anne Katrine: *«Redd for å være til bry. Man blir ganske sårbar i en sånn situasjon. Det er jo sårt å få et barn det er noe med.»*

Mor (F-2): *"Ja jeg husker jeg ble ganske sur på hun som kom og sa at det var epilepsi (datteren fikk også denne diagnosen), men det var ikke hennes skyld det--- haha, men det var ganske sårt, (jeg tenkte) du er en skikkelig dritt- kommer og sier slikt. Men jeg har vært hos henne etterpå og jeg syns hun er grei i dag. Reaksjon – ja-."*

Mor (F-3): *«Sier du slikt om ungen min.»*

Mor (F-2): *«Ja, hun skal jo være bra - nå har hun en diagnose og det er nok, og så kommer hun og sier at hun har en diagnose til. Det var et nederlag. Akkurat da var jeg alene, mannen var hjemme med andre barnet, så jeg var alene på sykehuset. Det var etter et anfall, og da følte jeg meg liten og kanskje litt ensom. Oppi alt. Og så kommer hun og "trækker" det opp i ansiktet på meg." «[...]I gruppetimen med mitt barn med et spesielt behov, traff jeg en annen mor med et barn med et annet spesielt behov.»*

Denne moren opplever et avvik fra helsetjenestene, både fra 2. linje og 1. linje. Det går på samhandling mellom 2. og 1. linje, pga. manglende informasjon mellom dem. Og det går på retten til IP(Individuell plan) og koordinator. Noen ganger får man flere utfordringer enn det

som er vanlig som foreldre. Denne moren må «fanges opp» uten selv å måtte presentere behovet. Og hun sier noe om å treffe andre foreldre med samme erfaring i en gruppe.

Hvordan kan pappa inviteres inn?

Det er interessant å se om det tverrfaglige tilbudet inviterer og følger opp pappa. «Åpen helsestasjon» inviterer foreldre inn til temaer om foreldrerollen. Et tema på lista var: «Mor og samspill med barnet». Og foreldrene reagerte på denne innbydelsen. De to pappaene i fokusintervjuet fra foreldregruppe (F-fA,B,C,fC,D,E,F) uttaler seg:

Far (F-fC): *«Kommunikasjon far – barn, viktig, men vanskelig i starten. Det tok lang tid, men når hun detter og slår seg nå, så er det ikke så farlig med mor lenger[...] og senere sier han: «Far oppfatter det mer som obligatorisk hvis det står svart på hvitt på papiret. Jaja, da skal jeg vel møte opp der da[...].»*

Far(F-fC): *«[...] kanskje uvitenheten hos oss kara gjør at vi melder oss litt ut.[...]» «Jeg som pappa var helt ukjent med denne rollen.[...], for det er vel viden kjent at mennesket er redd for alt det ikke har noen viten om[...].»*

Far (F-fA): *«Jeg måtte gå istedenfor mora, og vi følte at jeg ble tatt imot på akkurat samme måten. Får fri fra jobben hvis man må ta permisjon 1 time for å gå på helsestasjonen. Det dekkes hvis det er det om å gjøre. [...] Det var min plikt og jeg syns det var koselig å være her.»*

Far (F-fC): *«Jeg har kun hatt frafall på avtaler her to ganger tror jeg, og jeg har sagt til hu at jeg er interessert i å være med på mest mulig.»*

Mor (F-B): *«[...]jeg tror det er lettere å være mor å få til samspill, vi blir litt mye til tider, slik at fedre blir dyttet unna[...].[...]Det er sårbart at ikke fedre skjønner barnet slik mødre gjør[...].»*

I fokusintervjuet i den andre foreldregruppen(F-1,2,3) kommer med et ønske om å ha en samling i måneden for pappaer.

Mor (F-1): *«Det blir pappas behov hvis han vet at det ikke er mammaer der.»*

Liv: *«[...] sånn vi ser det utenifra, så gjør helsestasjonen mammaene kompetente. De blir profesjonelle. Og jo mer profesjonelle mammaene blir, jo større amatører blir pappaene da[....].»*

Både mødrene og fedrene sier at det er viktig at pappa inviteres inn. Helsestasjonens arena har vært mest for mamma. Foreldrene tar opp hvilke muligheter fedre har for å følge opp barnet sitt på helsestasjonen. De tar opp hvilke rettigheter pappa har for oppmøte og hvordan temaene blir presentert. Det foreslås om pappa skulle ha et tilbud alene. En annen ting som kommer opp, er om det er noen informasjon som følger barnet fra føden til helsestasjonen om hvordan pappa hadde det i forbindelse med fødsel. Ved dramatiske fødsler kan det være godt for pappa å få en samtale i etterkant, så dette blir bearbeidet til neste fødsel.

Foreldrene diskuterer videre om ikke det at far blir satt til side kan gå ut over hele familien. Det blir nevnt at foreldreveileder med sin Marte Meo kunnskap kunne være en representant å få inn for å vise litt om samspill. Det ene foreldreparet har vært veldig fornøyd med det.

I faggruppa diskuterer de også papparollen.

Helsesøster(Fag): *«Vi sliter litt med å veilede om papparollen. Med hensyn til at når pappa skal ha permisjon, tar mor seg ferie og så drar de utenlands. Dette er de såkalte ressurssterke, men hva med hverdagen når far skal ha ansvar alene? Vanskelig å veilede «flinke» til hvordan man kan tenke annerledes.»*

Nav (Fag): *«Papparollen er veldig viktig. Nav har en del pappaer hvor det er bekymring for hvordan de vil fungere som pappa. I Horten er det laget pappagrupper[...]»*

Psykiatrisk sykepleier (Fag): *«Det snakkes mye om dette på svangerskapskurset. Viktig at pappa melder seg på fra første stund.»*

Mange av pappa sine behov blir berørt i alle de tre fokusintervjuene. Det er tydelig at det ikke er lagt godt nok til rette for han i det tverrfaglige tilbudet som finnes.

Det tverrfaglige tilbudet kan være et tilbud overfor vanlige helsestasjonsklienter, med fokus på å nå både mor og far. Det er nettverksbygging og hjelp til sortering av hvilke tilbud som egner seg for de forskjellige foreldre. Det kan jobbes med en del tiltak inn mot spesielle grupper. Både folk som bor langt unna, flyktninger og foreldre med barn med spesielle behov.

Tilbudet på helsestasjonen har en ganske fastlåst organisering. Mange fagfolk skal treffes samtidig, og derfor må dette tilpasses andre oppgaver. «Åpen helsestasjon» er hver tirsdag, Småtrølltreff er onsdager, og 2,4,8 mnd. gruppene er tirsdags formiddag.

Det kommer fram av fokusintervjuet at en mor ikke har hatt anledning til å være med på det ukentlige treffpunktet for de tverrfaglige tjenestene "Åpen helsestasjon". Fagfolkene som er i kontakt med denne moren på helsestasjonen eller på andre faggruppers arenaer i lignende situasjoner, må sikre henne en oppfølging med tilbud om andre avtaler. Tilbudet må ha et sikkerhetsnett med ansvarlige fagpersoner som ser behov for og tilbyr de andre fagtjenestene. Noen mennesker har høy terskel for å ta kontakt og spørre, så dette er primærtjenesten sitt ansvar.

7.2 Drøfting av hvem fagfolkene og foreldrene mener det tverrfaglige tilbudet er til for?

I foreldregruppen(F-1,2,3) kom det fram diskusjoner vedrørende om dette var et tilbud kun rettet mot de vanlige helsestasjonsklientene uten de store utfordringene. Det ble flere ganger tatt opp hva det vil si å være «ressurssterk» kontra «ressurssvak». Mor (F-3): *«Jeg kan sammenligne med den kommunen jeg var i. Dette er jo strålende. Det er et voldsomt tilbud. Men det er som du sier, det er de ressurssterke som tar tak i ting og bruker det da»*. Tenker mor her at det er foreldre uten de store utfordringene («de ressurssterke») som tar mot til seg og møter opp på slike tilbud, eller er det slik at dette tilbudet er tilpasset disse foreldrene? Ut fra sekvensen denne uttalelsen er tatt ut fra, tolker jeg at mor mener at det er de «ressurssterke» som møter opp på slike tilbud. I samme sekvens sier mor (F-1): *«Det er vel kanskje de som burde ha vært der som ikke er der.[...]. I stor grad tror jeg at det er de mest ressurssterke som reiser på sånne møter.»* Ansvarer ligger hos de forskjellige tjenestene. Fagfolk i tjenestene må presentere tilbudet slik at det er fellesskapet rundt den utfordringen det er å ha blitt foreldre som gir grunnlaget for gruppeidentiteten i møtene på «Åpen helsestasjon » eller på «Småtrølltreff».

Helsestasjonene har 98 % oppmøte fra foreldre og barn første året. Foreldre som møter opp på helsestasjonskontrollene til barnet, er både de som strever med sin voksenrolle, de som har barn med forskjellige utfordringer, og foreldre og barn uten utfordringer. Utfordringen ligger i å gjøre «Åpen helsestasjon» kjent for alle foreldregrupper. Det at tilbudet gjøres attraktivt og tilgjengelig for foreldre generelt, vil gjøre at foreldre tenker de kan møte, og alle foreldre vil ha nytte av en refleksjon rundt foreldrerollen. En god informasjon i gruppe med en etterfølgende diskusjon, er et tilbud alle foreldre kan ha nytte av. Helsesøster(Fag) sier: *[...] Jeg syns det blir mer og mer synlig at vanlige folk har så lite handlingsrepertoar på enkle problemstillinger. [...] Vi sliter litt med å veilede om papparollen[...]når pappa skal ha*

permisjon, tar mor seg ferie og så drar de utenlands. Dette er de såkalte «ressurssterke», men hva med hverdagen når far skal ha ansvar alene? Vanskelig å veilede «flinke» til hvordan man kan tenke annerledes.»

Fagpersonene må få tak i de foreldrene som enten strever med sin voksenrolle eller foreldrerolle, og motivere disse til å bruke det tverrfaglige tilbudet. Jordmor(Fag)sier hun ser at det å bli foreldre kan være en stor overgang for alle, og at denne er ekstra stor for de som sliter med sin voksne situasjon. Barnevernet(Fag) sier at de ikke får tak i de som trenger noe ekstra. Men både NAV, voksenpsykiatrien, jordmor og fastlegene kan være med å motivere foreldre de ser at strever, inn til disse tilbudene. Dette kan gjøres ved at disse tjenestene aktivt tar et barneperspektiv når gravide og foreldre strever. Man kan bruke standardiserte spørsmål overfor alle som kontakter NAV, psykiatritjenestene og fastlegene, slik at de blir spurt om de har barn. Deretter hentes et samtykke fra forelderen. Samtykke er for å få lov til å informere fagfolk i de tverrfaglige tjenestetilbudene om utfordringer denne forelderen har i foreldrerollen. Dette jobbes det med i Modellkommuneprosjektet (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Rapport 2010). NAV(Fag) forteller at hun gjør dette. Hun «henviser» de hun mener trenger noe ekstra til det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen. Hun mener at noen av disse er barnevernets klienter. Det hun ikke sier noe om, er om de hun har henvist føler seg tatt imot hos jordmor eller på helsestasjonen. Dette kommer ikke fram i min studie, men disse stemmene må høres ved evaluering av prosjektet.

Samhandlingsreformen kapittel 6.4.3 forklarer rehabilitering slik: «Tidsavgrensede planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet» (St. meld.nr.47, 2008-2009). Her mener jeg at foreldrene f.eks. NAV(Fag) jobber med, kommer inn under denne definisjonen. NAV (Fag) hjelper dem til å bli med i en foreldrestyrkende prosess både med hensyn til foreldrekompetanse og med mulighet for å bygge nettverk. Samtidig blir det viktig at de fagfolk som har opparbeidet en god relasjon til en forelder som strever, er med denne over til de tilbudene den har behov for.

Helsesøster i psykisk helsevern(Fag) etterlyser en videre kartlegging av hva foreldre trenger av tilbud, fordi hun opplever at ting er sammensatt. Hun lurte på hvorvidt «Åpen helsestasjon» er en arena for alle grupper. Jeg finner mange innspill med forskjellige vinklinger i intervjuene. Helsesøster (Fag) snakker om våre holdninger til flyktninger. Mor

(F-E) som selv er flyktning ble spurt om hun hadde benyttet tilbudene. Hun hadde ikke vært på «Åpen helsestasjon» men ønsket å prøve det. Hun hadde vært med på «Småtrølltreff» og synes det var fint. Det er klart at det ligger mange utfordringer rundt denne brukergruppen. Holdninger som her er nevnt, kultur, språk og ikke minst det å komme seg fysisk til tilbudene. Dette er et eget stort kapittel som bør tas tak i, løftes opp og kartlegges. Mitt materiale er ikke stort nok på dette feltet. Det må hentes inn flere stemmer fra flyktningfamiliene, teorier rundt utfordringene disse har. Jeg ser helt klart at det ikke er lagt til rette for å få tak i utfordringene denne gruppen har i min studie, men jeg får noen klare tanker om hvor viktig arbeidet med integreringen av asylsøkere og flyktninger er i dette tverrfaglige tilbudet.

«skyss -en praktisk utfordring, eller andre utfordringer»

En utfordring jeg ønsker å se på, er hva som kan stenge for muligheten til å benytte seg av tilbudet. Dette gjelder alle foreldre, også flyktningene. Og som NAV (Fag) og helsesøster(Fag) sier, kan det rett og slett være problem med skyss. Noen bor på bygda, uten god bussforbindelse og har ikke bil hjemme om dagen, andre har ikke penger til buss. Det nevnes muligheten for å trekke inn frivilligsentralen. De er en aktiv del av «Småtrølltreff», og det går an å høre om de har mulighet til å stille opp å kjøre enkelte foreldre til tilbudet. En annen løsning er den offentlige drosjeordningen. I faggruppen tas det opp at eldre som skal på dagtilbud har dette tilbudet. Dette med skyss er en praktisk utfordring, som man kan jobbe videre med. En annen ting som løftes frem av Helsesøster i psykisk helsevern(Fag), er at det ofte er store grupper foreldre samlet på «Åpen helsestasjon», i 2,4 og 8mnds helsestasjonsgrupper og på »Småtrølltreff», og de treffes i en sammenheng som ofte er uoversiktlig. I slike grupper kan det bli vanskelig hvis du f.eks. har sosial angst. Liv kommer med en tanke rundt det å bruke de fagpersonene som denne forelderen har en god relasjon til. Kanskje disse kan være med fra en tjeneste over i en annen? Dette er viktig i arbeidet rundt voksne som har en utfordring ved siden av det å ha blitt foreldre. Noe som er i tråd med Samhandlingsreformens intensjon - «Rett behandling – på rett sted- til rett tid» (St.meld.nr.47, 2008-2009). Tiltakene vi som fagpersoner kommer med skal henge sammen. Kerstin Söderström skriver en del om hvordan psykososial belastning «påvirker foreldrenes omsorgskompetanse, slik at neste generasjon blir preget av den forriges problemer» (Söderström, 2011, s.172). Det tverrfaglige tilbudet må ha som intensjon å forebygge at barn utvikler en sårbarhet som det har med seg videre i livet. Dette kan gjøres ved at en mor med sosial angst motiveres og hjelpes inn i tilbudene. Kanskje er det å være tilstede på disse tilbudene med på at mor øker sin foreldrekompetanse, og gir henne et nettverk som kan styrke

samhandlingen. Når det gjelder hvordan man praktisk kan få til dette, er mange muligheter. Hvis dette er en kjent problematikk hos mor, er det flere tjeneste som følger opp mor. Det kan være psykiatri, helsestasjon, NAV eller jordmor. Det kan være gjennomførbart å bruke mors kjente allianse i tjenestene for at hun skal klare å møte opp på møtene. Dette kan gjelde «Åpen helsestasjon», på helsestasjonsgruppene 2,4 eller 7/8 eller på «Småtrølltreff». Noe av spørsmålet blir hvordan en fagperson fra en tjeneste får mulighet til å gjøre et slikt grep inne på en annen tjenestearena. Det må jobbes for at kommunen skal organisere og legge til rette for disse tverrfaglige grepene.

Har det tverrfaglige tilbudet intensjon om å være nettverksbyggende?

I det ene fokusintervjuet med foreldregruppe(F-1,2,3) er mor (F-3) innflytter, nyskilt og alene med barnet sitt. Hun ser at tilbudene på helsestasjonen kunne hjulpet henne til å bli kjent med andre, og til å få informasjon om det å være mor. Nettverkets betydning er viktig. Mennesker er sosiale individer, og avhengig av å fungere sammen. Når det gjelder gruppetreff, er det første møtet og struktureringen rundt dette viktig (Heap, 1998). De som har etablert en relasjon med mor eller far bør få være med. Det er viktig å tenke god veiledning til foreldre. Det å få påfyll sammen med andre foreldre i samme situasjon kan føre til at foreldrene etablerer kontakt med andre som er i samme situasjon. Her kan de møte forståelse for egne problemer. En forståelse de kanskje ikke møter hos sine venner som er i en annen livssituasjon enn dem.

Mor(F-B) fra foreldregruppen (F-fA, B,C,fC,D,E,F) syntes det var fantastisk å være med på «Åpen helsestasjon». Intensjonene er å få til en fellesskapsfølelse rundt det å være forelder, trygghet til å delta i gruppen, og at hver og en blir ivaretatt. I samme foreldregruppe sier mor (F-C) at hun kun har mannen sitt nettverk i Vestre Toten kommune, og mor (F-D) sier hun har slekt, familie og venner 60 mil unna. Begge disse mammaene kan ha utbytte av å komme sammen med flere andre mødre for å bli kjent. Og mor (F-C) og far (F-fC) sier de var med på svangerskapskurs og «Småtrølltreff» og begge steder ble de kjent med andre foreldre. De uttrykker glede når de forteller om dette. Foreldrene vil kunne få en opplevelse at det er betydningsfullt for andre foreldre at de er tilstede. Dette vil ha betydning videre i barnets liv. Hvis foreldrene tenker at deres tilstedeværelse på barnets arenaer eller aktiviteter er viktig, også for andre foreldre, vil det antagelig føre til at de møter opp på flere områder. Det å føle seg betydningsfull som forelder er viktig i dagens samfunn. Familiens liv dreier seg mye om avtaler, forhandlinger og tilrettelegginger. «Familiens offentlige plan dreier seg om koblingen

til verden utenom familien – arbeidslivet, økonomien, innkjøp, barnepasningen, kontaktene og forpliktelsene» (Jørgensen, 1999, s. 123). Den sosiale gevinsten i det å ha det hyggelig sammen med andre, og være betydningsfull for andre, er en viktig vinkling i kravene som automatisk er der.

Fagfolkene som skal ha gruppene og være i dialog med foreldre, må inneha kommunikasjonskompetanse og handlingskompetanse for å ivareta de forskjellige foreldrene. Foreldrene må få en opplevelse av at de blir hørt og tatt på alvor. Fagfolkene må ha fokus på brukermedvirkning og formidle innlevelse og medfølelse. Det er nødvendig å inneha denne handlingskompetansen for å utføre en slik gruppeledelse. Beredskapen er hvordan vi skal ta i bruk bestemte kunnskaper og ferdigheter i tråd med mål, verdier og ideologier ved de tverrfaglige tiltakene (Nygren, 2004).

Ett sted og henvende seg for å få råd til sin situasjon

Det er ikke alt som skal problematiseres. Det må være lov å føle seg uerfaren og usikker som mor eller far. Da er det viktig at man har et sted å henvende seg. Det å gå lenge med en bekymring, gjør den ofte større enn den er. Som mor (F-1) sier:»[...] *Jeg skulle ønske de sa at ingen henvendelse er unødvendig*[...]. Hun forteller om vanlige bekymringer rundt det å ha barn, om det å få økt bekymring fordi man leser i avisen, hører om situasjoner på bygda, leser fagstoff om hva som nå er riktig å gjøre, eller hva man absolutt ikke må gjøre. Informasjonstilgangen er stor, og mange trenger hjelp til å sortere hva som passer for sine utfordringer. Helsesøster (Fag) sier: »*Venner er på nett i mange diskusjonsfora*[...]. Og jordmor sier:» *Foreldre tolker mye av det de leser...*». Og barnehagen (Fag) sier: »*Utfordringen ligger kanskje nettopp der at mange foreldre leser seg til kunnskap, og når utfordringene blir annerledes*[...]. Det er klart at utfordringene rundt et barn i en familie, sjelden «følger boka». Utfordringen blir til fordi det er dette barnet i denne familien, og man må se og løse det med dette bakteppet. Da er det ikke alltid boka eller nettet som er det beste stedet å hente inn løsningene. Informasjonsstrømmen er stor, og den kan bli vanskelig å håndtere i dagens samfunn. Fagfolk må hjelpe og sortere. Tidligere tider løste man kanskje flere situasjoner innad i storfamilien. Arbeidet rundt denne problematikken er universell med felles god informasjon ut til alle, samtidig som man kan hjelpe familien i sin usikkerhet, gjennom en selektiv forebygging. Fagfolk må gjennom empowerment, ta familiens egne formuleringer av sine utfordringer alvorlig, respektere deres forslag til løsninger og støtte

deres initiativer. (Jørgensen, 1999). Ut fra foreldregruppene sine uttalelser, fremgår det at det er godt å ha veiledning.

Jordmor (Fag): *«Vi har plikt til å informere. Selv om de er høyst oppgående personer på mange områder. Eks[...] et par skulle ut å reise 4 uker etter fødsel, vant til å planlegge etter kalender, fikk noe å tenke på etter informasjon fra jordmor[...].»* Mens Nav (Fag) er opptatt av ungdommen som går på NAV *» de aller fleste vi ser er ressursvake med sosiale problemer, fra en slekt med sosiale problemer[...]. Vi vet jo det med sosiale arv[...]. Vi bør kalle en spade for en spade[...].»*. Og det gjelder i begge disse situasjonene. Alle foreldregrupper trenger hjelp til å sortere hva som er reell informasjon opp mot sin familiesituasjon, og fagfolk må finne gode måter å gjøre dette på (drøftes i kapittel 8.2).

I fokusintervjuet diskuterer de videre hvordan det i mange situasjoner kan være vanskelig å informere. Man tenker at såkalte ressurssterke personer vil klare å sortere selv hva som er bra. Men som helsesøster (Fag) sier: *«[...] jeg syns det blir mer og mer synlig at vanlige folk har så lite handlingsrepertoar på enkle problemstillinger.»* Og da kommer man tilbake til det at man er ressurssterk på mange områder, og ressurs svak på andre. I samfunnet i dag, har vi en travelhet i hverdagen vår. Som Psykiatrisk sykepleier (Fag) sier: *«[...] alt er timet [...]»* og da blir det å få et barn som plutselig skal være en del av dette livet, ofte en stor utfordring. Det er en naturlig, vanlig hendelse, med store forventninger. Det er aldri lett å forutse hva det medfører for den lille familien. Paret blir her en viktig part, og det er mye fokus rundt parforholdet. Helsesøster i psykisk helsevern (Fag) sier: *»Jeg blir opptatt av det limet som skal holde paret sammen[...], og det blir vanskelig når man får et barn sammen som man skal enes om[...].»* Hun er inne på paret i foreldreskapet. Legger «Åpen helsestasjon» og de andre nye tverrfaglige tiltakene opp til at det også er en mann som har blitt far?

Faggruppen diskuterer flere områder rundt den nye familien. De ser helt klart at informasjon er viktig. Det å bli mor eller far, er ikke noe man har gått på skole og lært. Det kommer klart frem i foreldregruppene at alle trenger en plass å henvende seg.

Barn med spesielle utfordringer

Foreldre som får et barn med spesielle utfordringer er det viktig å gi et tilbud om oppfølging. Mitt materiale viser til en som har denne utfordringen. Den ene har gitt meg tanker om hvor viktig det er å komme "tidlig inn" i disse familiene. Mor (F-2) sier mye om hvordan hun måtte finne ut av alle situasjoner selv. Både informasjon om barnets ekstra behov i forhold til

diagnosen, informasjon fra NAV og informasjon ut i barnehagen. Barnet var flere ganger innlagt, eller på kontroller ved sykehus og hos spesialister, men mor (F-2) ble ikke tilbudt støtte fra helsestasjonens utvidede tverrfaglige tilbud. Her dukker det opp et etisk spørsmål. Mor har ikke spurt direkte om hjelp, men skal hun nødvendigvis vite hva hun skal spørre om i en slik situasjon? Det hun forteller om og som hun etterlyser, er tilbud som egentlig skal være i kommunen. Foreldrene skal få hjelp i sine utfordringer, for å klare det å være sterke foreldre i det som dukker opp rundt barna. Hjelpen må finnes i kommunen, på helsestasjonen, i de forskjellige tjenester. En ting som avdekkes er kommunens manglende koordinatoransvar. Barnets rett til IP(- individuell plan). (Jfr Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator). Dette er en lovpålagt rett til personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Det inngår i det tverrfaglige tilbudet kommunen skal tilby. Her er det skjedd et tydelig avvik.

På bakgrunn av mors uttalelse ser vi en manglende rutine mellom 2. linjetjenesten og 1.linje. Samhandlingsreformens kap. 6.12 om å sikre «helhetlige og sammenhengene pasientforløp». Den påpeker behovene for samhandlingsrutiner og samarbeidsavtaler (St.meld.nr.47, 2008-2009). Det skal være en fast rutine rundt barn med spesielle behov, slik at det ikke blir tilfeldig og opp til foreldrene selv. Samarbeidsavtaler sier mye om fordeling av oppgaver mellom kommuner og helseforetak. Avtaler skal ha som mål å ha «fokus på forhold som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene» (St.meld.nr. 47, 2008-2009, s.20). Det finnes rutiner opp mot barns forskjellige diagnoser. Disse rutinene bør sikre at foreldre får informasjon uten å måtte spørre. Foreldre må kunne støtte seg på noen, og spesielt lokalt. En koordinator skal sikre at foreldrene blir tilbudt de forskjellige tjenestene. Dette er også lovpålagt (jfr. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator).

I dette ene tilfellet fra fokusintervjuet i foreldregruppen (F-1,2,3,9) hører vi en mor med et barn med behov for mange tjenester på flere nivåer. Men får denne familien skreddersydde, sømløse tiltakskjeder? Et forhold er informasjonsflyt, fra 2. linje til 1. linje, men også mellom de forskjellige tjenestene i kommunen. Et annet er hvorfor ikke det tverrfaglige tilbudet nevnes for mor? Er vi her tilbake til det at brillene vi ser med er rettet mot det fagfeltet vi kan? Når kommunen ikke får til dette, sikres ikke barnets oppfølging. Kommunen må inn i et nært samarbeid med mor og far for å få synliggjort barnets livssituasjon. Først da blir utfordringene tatt tak i, og tiltak utformes. «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er hjemlet i helselovgivningen og tredde i kraft fra 1. januar 2012». Og «alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og

omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan» (Helsedirektoratet, 2011). Denne planen er et verktøy mellom mor/far og fagpersonene, og den skal gi oversikt og fremdrift over situasjonen rundt barnet. Hovedansvaret for å utarbeide planen, ligger hos fagpersonene. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) tar opp at samhandling mellom brukere, her foreldre og barn, og tjenestene skal utvikles så det gis «gode muligheter for livskvalitet og mestring». Dette med intensjon om «tidlig inn» og forebygging. «Kommunene skal se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der kommunene har ansvar og oppgaver» (Helse- og omsorgsdep., 2010-2011, kap.1). Det å være foreldre byr på mange utfordringer, og noen ganger får man flere enn det som er vanlig. Med intensjonen om å komme «tidlig inn» vil man hjelpe foreldrene til å klare «å stå i det». Da vil foreldrene bli tryggere.

Har mor og far forskjellige behov for informasjon når de blir foreldre?

Samfunnet i dag legger opp til det å dele ansvaret ved å få et barn. «Vi har en livsform baseret på begge forældres erhvervskarriere som legger opp til større ligestilling mellom kjønnene, forældrene diskuterer, de har en forhandlingskultur» (Jørgensen, 1999, s.118). Mor føder barnet og ammer det. I alle tider har det i hovedsak vært hun som har fulgt opp barnets kontroller og vært med barnet på babytreff. Men farsrollen har endret seg i takt med samfunnsutviklingen. Og flere undersøkelser viser at utviklingen her går i retning av likestilling. Ikke bare i arbeids- og oppdragelse men også følelsesmessig (Jørgensen, 1999). Helsestasjonen har for det meste erfaring i møtet med mor og barn, selv om far i dag er med på helsestasjonskontrollene når han har permisjon. På «Småtrølltreff» er det også i hovedsak mor og barn. I fokusintervjuene ble det flere vinklinger rundt papparollen. Først og fremst ble selve innbydelsen til temaene på «Åpen helsestasjon» tatt opp. Et av temaene var «Mor og samspillet med barnet». Dette inviterer mor inn, og utelater far. Mor (F-B) tror det er lettere for mor å få til samspillet. Mange ganger tror hun det kan bli for mye mor, slik at far blir dyttet bort. Far(F-fC) synes det var vanskelig med samspillet i starten og tenker at uvitenheten kanskje gjør at fedre melder seg litt ut. Far (F-fA) forteller at han måtte gå på helsestasjonen i stedet for moren, og han følte han ble tatt imot på samme måte som andre som kom dit. Hvordan far føler seg i møte med helsestasjonens tverrfaglige tilbud er selvfølgelig personavhengig. Men det er helt klart at tilbudet ikke inviterer far inn på samme måte som mor. Dette er holdninger det må jobbes med i den tverrfaglige samhandlingen. Først må man

høre foreldrenes stemmer, både mødre og fedre, og så må tilbudet tilpasses begge brukergrupper.

Videre ønsker jeg å ta opp foreldrenes tanker om det å etablere samspillet med barnet. For barnet er det viktig å ha en nær person for å utvikle tilknytning. Samtidig er det viktig at begge foreldrene er til stede så mye som mulig for å bli kjent med barnet sitt. Både når det gjelder samspillet med barnet, hjernens utvikling og utvikling av tilknytning, er det forsket mye og kommet nye teorier de senere år. Når det gjelder utviklingen av tilknytning, definerer Ainsworth, Bell og Stayton 1991 denne som «et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og en spesifikk person» (Hansen & Jacobsen, 2006, s. 42). Barnet klarer seg teoretisk med den ene forelderen, enten mor eller far. Det velger seg en person som «trygg base», en person som reagerer sensitivt på barnets signaler over tid (Hansen & Jacobsen, 2006). Det er den som er mest tilgjengelig for barnet og mottagelig for barnets signaler. Fagpersoner med kunnskap om barnets utvikling og med kunnskap om hva som forventes av de voksne i en nyetablert foreldrerolle, må rette tilbudene mot familien med denne kunnskapen i bunn.

Helsesøster (Fag) tar opp at det er vanskelig å veilede i forhold til papparollen. Ofte blir permisjonstiden brukt til ferie, slik at mor tar ut ferie samtidig som far har permisjon. Det er to feller foreldrene kan gå i når begge er tilstede hele tiden, slik det ofte er i en ferie. Enten lar ikke mor far få ta ansvaret for barnet uten at hun blander seg inn, eller far synes det er tryggest at mor steller barnet. Begge deler er uheldig for det å utvikle et felles ansvar. En annen ting er at hverdagen ser oftest litt annerledes ut enn feriedagen. Far får oftest ikke prøvd seg som far i en reell situasjon. Dermed kan pappapermisjonen medføre en belastning med frustrasjoner både fra far og mor, istedenfor en forståelse og øvelse i begge roller. Det er ikke bare far som skal øve seg i hverdagen med et lite barn. Mor må øve seg på å stole på far i omsorgssituasjonen. Barnet skal bli trygg i en tilværelse med to omsorgspersoner. Mht. lengden på stønadsperioden for fedrekvoten ble denne endret 1. 7. 2009 og 1.7. 2011 (Lov om folketrygd 28.02.1997 nr. 19 (Folketrygdloven) §14-12, uttak av fedrekvote). 1.7.2013 kommer nye endringer vedrørende fordeling av permisjon. Hensikten med kvoten er at fedre skal ta del i omsorgen for barnet i de første leveårene. Far kan ta stønaden når som helst utenom 6 uker etter fødsel. Kvoten nå 12uker, kan tas ut på mange fleksible måter etter avtale. En del fedre har ikke samme retten, og det blir viktig at de får god informasjon om dette

NAV (Fag) er også opptatt av pappaene. De jobber med flere menn som de er bekymret for om vil klare papparollen. NAV (Fag) forteller at mange av deres brukere ikke har så gode

rollemodeller i egen pappa, pga. sosial arv. Burde det være et eget tilbud for å bygge opp denne kompetansen? Dette prøves ut blant annet i Horten, hvor de har egne grupper for menn som skal bli pappaer. Det å hente inn erfaringer fra slike grupper blir viktig hvis man etablerer slike.

Mor(F-1) kunne ønske at det ble dannet tilbud om egne pappagrupper/kvelder. Hun mener at hvis dette kun er for pappaer, vil kanskje flere møte opp. Er det slik at mor og far har forskjellige behov for informasjon når de blir foreldre? Her ønsker jeg å hente inn erfaringer fra svangerskapskursene. En av kveldene er delt inn i pappa- og mamma- kveld, og dette har hatt stor suksess. Som far (F-fC) sier:» *Det var kjempeåltreit, for da kan du få innspill både fra folk som har blitt fedre før, og så får du innspill der[...].»*

Det er svangerskapskurset er før fødsel, men etterpå er det ikke egne tilbud til hverken far eller mor. Får mor og far en oppfatning om at de tilbudene som tilbys, fortrinnsvis er til mor? Det er ting som tyder på at far sin rolle kan glemmes i de tverrfaglige tilbudene. Den forebyggende konsekvensen et slikt tilbud vil få, går på barnets mulighet til trygg tilknytning til sine to nærmeste omsorgspersoner. Det å fungere i både mamma- og papparollen i en familie, styrker familiebåndene. Samtidig vil det å gi begge muligheter for veiledning utfra deres forskjellige behov, skape en større forståelse og dermed større ansvarsfølelse for de nye rollene.

8 Empiri om fagfolks og foreldres tanker vedrørende informasjonen rundt de tverrfaglige tilbudene.

De som representerer den tverrfaglige samhandling på helsestasjonen er fagfolk som jobber med de voksne i familien, (eks. NAV, psykiatritjenesten, jordmor og lege), og fagfolk som jobber med barnet, (eks. barnevern, helsesøster, førskolelærer). Deres arbeidsoppgaver overfor de gravide, foreldrene eller barnet er av forskjellig karakter:

- Forebyggende arbeid overfor foreldre
- Forebyggende arbeid overfor barn
- Oppfølging av foreldre som strever
 - foreldre vi ser trenger hjelp
 - foreldre som ikke ønsker støtte
- Oppfølging av barn som strever

For at foreldrene skal bruke mulighetene for veiledning og støtte som ligger i det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen, må de vite hva som tilbys.

Fagpersonene må ha gode rutiner og strukturer på hvordan de kan bruke hverandre, slik at foreldrene får gode sømløse tiltakskjeder. I fokusintervjuet diskuterer faggruppen(Fag) hvorfor de ønsker å delta, og hvordan de skal presentere tilbudet overfor de gravide og foreldrene.

Barnevernet (Fag): *«[...] for å vise ansikt – både for foreldre og samarbeidspartnere. At vi informerer hva vi driver med. Vi driver jo masse frivillig hjelpetiltak. Vi bør få formidlet dette på en slik arena. Men[...] vi ønsker å få tak i de som trenger det[...].»*

Anne Katrine: *«[...]Du sier dere vil nå de som trenger det, men [...]historier ute kan fort påvirke mange andre som ikke vet noe om barnevernet, for de leser kanskje bare i avisen. Så jeg tror det er viktig at dere informerer for alle folk. Slik at dere får mer støtte.[...] det er jo snakk om å verne barnet, ta vare på barnet som alle er glad i, også disse foreldre under barnevernet[...].»*

Helsesøster i psykisk helsevern(Fag): *«Og vi andre i hjelpeapparatet har veldig stor påvirkning i forhold til synet på barnevern. Hvordan vi presenterer det (barnevernet) når vi har voksne som har en psykisk lidelse eller en rusproblematikk[...].»*

Barnehagen (Fag): *»Når man kjenner en annen fagperson, er det mye lettere å ta ting opp med foreldrene å få tillatelse til å snakke med for eksempel helsestasjonen.»*

Her diskuterer faggruppen(Fag) hvordan de kan ha nytte av samhandlingen med hverandre, og hvordan de kan presentere hverandre, spesielt barnevernet og helsestasjonen. Videre i fokusintervjuet tar faggruppen(Fag) opp hvordan man skal få presentert gruppesamlingene på en måte som forteller foreldrene hva gruppetilbudet innebærer. En innbydelse som gir foreldre en reell informasjon om tilbudene. Mange av tilbudene i prosjektet «Trygghet og trivsel i småbarnsfamilien» består av gruppesamlinger. (Både «Småtrølltreff», samlingen på «Åpen helsestasjon» og 2mnds-, 4mnds- og 7/8mnds- gruppene).

Jordmor (Fag) har svangerskapskurs, og har flere ganger sett at noen føler seg utenfor i denne gruppen. Hun sier det er få som tenker at de kan være en ressurs for andre i disse gruppene, og hun kommer med et forslag om å lage grupper med «likesinnede», f.eks. foreldre som har samme utfordringer.

Jordmor(Fag): «[...]Kanskje lage en gruppe som man kan føle seg vel i? [...]»

Anne Katrine: «Men det som jeg syns er interessant er at Liv og jeg sitter med to fokusintervju med foreldre og ser hvor lite som skal til for å få folk til å snakke [...] det var en sammensatt gruppe, men det var det å ha noe felles[...] det å ha barn [...] Og man har mange muligheter til grupper. Pappaer ville bli tatt mer inn på banen [...]. På fokusgruppene utvekslet de adresser, og det var lett å se at egentlig var det et stort behov for å snakke sammen [...] Bare presentasjonen vi hadde de imellom utløste mye.»

I gruppesamlingen på «Åpen helsestasjon» er det et 20 minutters tema. En liste med hvilke temaer som vil bli presentert, gis ut 3-4 ganger i året. Temaene foreslås av foreldre eller av fagfolk. I fokusintervjuet med faggruppen(Fag), tar de opp hvordan presentasjon og gjennomføring fungerer. Et eks. de nevner fra temalisten er: «Foreldrerollen sett fra barnevernets ståsted» (Se vedlegg 4, et eksempel fra temalistene).

Helsesøster(Fag): «Vi har opplevd ganske ofte at ingen møter når barnevernet skal ha tema, og mange kommer når legen har tema. Og det står veldig spesifisert hva slags tema det er og hvem som skal holde det. I forhold til å få inkludert barnevernet i dette tilbudet, må vi tenke en annen strategi for måten vi inviterer folk inn på. [...] Det står at barnevernet skal snakke om noe jeg selv syns jeg mestrer [...], vil jeg da møte?»

Liv: «Kunne man gjort det sammen? For det ville jo være å demonstrere i praksis at barnevernet er en del av partnerskapet? [...] At man inviterer til at foreldrekompetansen skal være en del av det [...]. Vi spurte foreldre om de fikk den hjelpen de ønsket seg? Alle syns de har fått helsetjenester med jordmor og fysiske helsestasjonskontroller. De er ikke sikre på at de har fått "det andre". Vi utfordret dem på hva de trengte. Ble ikke invitasjonene oppfattet som invitasjon, eller er tidspunktene feil? Noen har aldri sett informasjonen.»

Psykiatrisk sykepleier(Fag): « Kanskje feil tidspunkt å gi ut informasjon på. Og temaholdere, kan man formulere dette annerledes med et eller to navn som ansvarlige, evt. kun yrkestittel, så kan man presenterer hvor man jobber selv. Ufarliggjøre dette. To og to kan ha tema sammen.»

Helsesøster (Fag): «Kanskje ikke yrke i det hele tatt, bare selv temaet.»

Barnehage (Fag): «Kan stå at det presenteres av fagpersoner, ikke navn eller tittel.»

Her har jeg hentet inn empirien fra fagfolks(Fag) uttalelser om hvordan informasjonen om de tverrfaglige tilbudene blir presentert. Hvor tydelig er denne informasjonen?

I fokusintervjuene med begge foreldregruppene er det forslag på hvordan man kan presentere tilbudene på en måte som gjør at foreldre synes det er naturlig at barnevernet er med.

Liv: *«Kjenner dere alle temalisten?[...] Denne listen tror jeg er en salig blanding av tema som helsestasjonen finner ut er nyttig å arrangere og som foreldre kan gi innspill til – altså gi forslag til hva som skulle være tema. Har noen av dere vært med å bestemme?»*

Mor (F-D): *«Vi var med brannvern sikkerhet- det var nyttig».*

Far (F-fA): *«Kunne ikke alle som går på helsestasjonen få den temalista på e-mail?»*

Mor (F-D): *«[...]Jeg har i hvert fall fått temalistene på helsestasjonen når jeg var der. [...]»*

Mor (F-B): *« Jeg har ikke hørt noe om at vi kan komme med noe ønske om tema».*

Foreldrene (F-fA,B,C,fC,D,E,F) kommer med forslaget at de forskjellige tverrfaglige tilbudene presenterer seg på «Åpen helsestasjon». F.eks. tilbudene: «Småtrølltreff», foreldreveileder med Marte Meo, psykisk helsevern med flere.

Foreldrene (F-1,2,3,) tar også opp erfaringer med temalisten.

Liv: *«Jeg tror listen er lagd etter hva helsestasjonen har erfaring med er sentrale emner. Men så har det også vært sånn at foreldre har hatt mulighet til å spille inn forslag. Har dere opplevd å være invitert til å spille inn forslag?»*

Liv: *«For det er kanskje de som er småtrøllforeldrene som er de som har gjort det? [...]»*

Mor (F-1): *«Jeg har sett det i avisen»*

Mor (F-3): *«Jeg kan sammenligne med den kommunen jeg var i. Dette er jo strålende. Det er et voldsomt tilbud. [...] Men jeg tror det er de ressurssterke som tar tak i ting og bruker det.»*

Liv: *«Men temalisten er laget for at det skal være et tilbud for alle. Om man er ressurs svak eller ressurssterk – jeg vet ikke om jeg synes noe særlig om de begrepene fordi jeg er nok ressurssterk på noen områder og så er jeg er ressurs svak på andre. Det er nok ikke konstant. [...]temaene skal være et tilbud for foreldre som er bekymret for sine egne*

foreldreferdigheter, eller omgivelsene er bekymret, noen er nysgjerrig på en annen type pedagogikk. Det skal kunne være noe for alle- tror jeg meningen er.»

Anne Katrine: «[...] noen av temaene er det noen av dere som tenker at dette finner jeg ut på egen hånd. Mens andre tenker - oi så godt det kan være å komme dit å spørre litt. [...]»

Begge foreldregruppene gir mange innspill til temaer fremover. Blant annet kosthold til sped- og småbarn, fars samspill med barnet, syke barn, når man skal bli bekymret, etc. De 20 minutters temaene på «Åpen helsestasjon» er en del av tilbudet. Foreldrene kan også få en samtale med en representant fra barnevernet, fra NAV, en helsesøster, en psykiatrisk sykepleier, eller flere fagpersoner sammen. Disse samtalene kan man få uten å ha bestilt time, kun ved å møte opp kl. 12-13 på «Åpen helsestasjon». Dette er et åpent tilbud, en time en gang i uken. Når det gjelder andre deler av tilbudet, så er «Småtrølltreff» et musikk-veiledning- og kafètilbud en dag i uken, 10 uker høst/10 uker vår, med en intensjon om å bygge nettverk mellom foreldre.

Alle foreldre tilbys også gruppetimer som en del av helsestasjonstilbudet. Her treffes foreldre med barn født samme måneden tre ganger i spedbarnsalder, faste dager med to forskjellige tjenester hver gang. Og når det gjelder gravide, er det et tettere samarbeid mellom fastlege, jordmor, NAV, psykiatrisk helsesøster og helsestasjonen med helsesøster i psykisk helsevern.

Begge foreldregruppene sier noe om hvordan de har fått informasjonen om disse tilbudene.

Mor (F-1): *«lapp og plakat [...], og temaliste.»*

Mor (F-3): *«[...] jeg har akkurat flyttet hit[...]. Jeg har sett det i avisen.[...].»*

Mor(F-2): *«[...]virker veldig interessant, men passet dårlig.[...](– sovetider på barnet). Det burde kanskje vært varierte dager?»*

Mor(F-1): *«da blir det er vanskelig å markedsføre det. I dag tirsdag, neste gang onsdag.»*

Mor (F-3): *«[...]Ja, greit det er en dag, det er lettere å huske – nybakt mor glemmer.»*

Mor (F-1): *« [...]Kanskje tidspunktet før eller senere på dagen?»*

Mødrene (F-1,2,3) sa hvordan de fikk vite om tilbudene, og diskuterte det opp mot barnets rutiner. De sier at det kan være vanskelig at »Åpen helsestasjon» er et fast tidspunkt en fast ukedag, men tenker samtidig at det er vanskelig å finne en dag og en tid som passer alle. Både

fordi barnet har faste sovetider, og søsken som er uten barnehageplass. De er opptatt av god informasjon om både det nye tverrfaglige tilbudet og de vanlige helsestasjonskontrollene. Dette fordi de vanlige helsesøsterkontrollene har vært uforutsigbare. Mor (F-1) foreslår at helsesøster gir foreldre løpende beskjeder når helsestasjonskontrollene forskyves F.eks. når 2 års kontrollen blir forskjøvet med 3 måneder. Mor (F-2) syns det ville vært fint med en påminnelse på sms om timene i hennes travle hverdag.

8.2 Min drøfting av fagfolks og foreldres erfaringer med hvordan foreldre får informasjonen om tilbudene

Informasjon har vært gjennomgående i hele empirien min, og derfor ønsker jeg en samlet drøfting om det. De tverrfaglige tilbudene vil ikke bli brukt hvis de gravide og foreldrene ikke får informasjonen om hvilke tilbud som finnes.

Informasjon om gruppetilbudene

Skal man prøve å få til grupper med personer som føler seg vel sammen, eller hva skal være kriteriene for gruppene? Det er viktig at fagfolkene blir gode på det å innby til gruppe, til å etablere en gruppe, på å utføre gruppe, og på hvordan gruppeledelse av det første møtet gjennomføres (Heap, 1998). Det å finne foreldrenes fellesnevner, f.eks. det å ha fått et barn, og utfra dette ståstedet presentere gruppesamlingene på en god måte ut til foreldregruppen, blir utfordringen mht. informasjon. Intensjonen med gruppen må komme tydelig fram i innbydelsen. Det blir viktig å tydeliggjøre denne intensjonen, og ikke få fokuset over på andre forstyrrende elementer. Det at temaholder sin yrkestittel kommer fram på temalisten, kan gjøre at fokuset til forelderen rettes mot dette, istedenfor på selve temaet. Temaet til barnevernet var «Mors samspill med barnet». Uttalelser i fokusgruppene viser at konsekvensen kan bli at forelderen syns det er skummelt eller uinteressant å komme hvis barnevernet står som temaholder, selv om selve temaet er interessant. Ved å presentere det på denne måten mister vi foreldre til dette gruppetreffet. Mister vi de som kunne ha ekstra nytte av temaet denne dagen? En annen konsekvens er at når temaet er skrevet på denne måten, utelater vi far fra gruppen fordi presentasjonen går direkte på mor. Med et familieperspektiv hvor vi ønsker å styrke foreldrekompetsansen, blir dette helt feil informasjon å gi. Både mor og far må aktivt informeres, og innbys til de samhandlende tjenestene. En tredje vinkling rundt denne informasjonen om dette gruppetreffet, er at det kun kommer fram at en fagperson er til stede på gruppetreffet. Informasjonen foreldre får av temalisten, sier ikke noe om at det er en

tverrfaglig tilnærming rundt temaet. Mens tjenestene har en gylden mulighet til å få vist den nye samhandlingen som foregår gjennom denne presentasjonen. Ved siden av å ha flere fagpersoner tilstede under temaet, kan man jobbe videre med hvordan man får til en samhandlende tjeneste som gjør at foreldre føler seg møtt og ivaretatt på selve gruppetreffet. Man kan ha en samarbeidsform med foreldrene, hvor veilederne ikke oppfører seg som bedrevitere eller er for instruerende og styrende, men respekterer, aksepterer og lytter til foreldres meninger (Rye, 2007). Presentasjonen av temaet som det er i dag, innbyr ikke foreldre til å se seg selv som en aktiv part. Det ser mer ut som et foredrag.

Både fagfolkene og foreldrene er enige om at temalisten ikke gir en god informasjon, og dermed når den ikke fram til alle foreldre. Konklusjonen blir at informasjonen vedrørende temalisten må revideres og jobbes med slik at den informerer og innbyr foreldrene på en tydelig og informativ måte, hvor foreldrene vil bli møtt «der de er både i sin mestring av sin hverdag, i sitt forhold til barnet og i sin forståelse i hva de kan gjøre» (Rye, 2007,s.206).

Foreldres påvirkning av temavalg på «Åpen helsestasjon»

Foreldrene sier noe om hvilke muligheter de har oppfattet at de har for å påvirke temaer på «Åpen helsestasjon». De sier de ikke har fått tilbud til å komme med forslag på hva slags temaer de ønsker å høre om. Dette er en svikt i informasjonen fagfolk har gitt til foreldre. Det å få være med å bestemme tema, gir en unik mulighet for foreldrene til å komme med egne innspill til den tverrfaglige tjenesten. Dette er viktig for at de skal føle at tilbudet er rettet mot deres behov. Målet med brukermedvirkning er at bruker har innflytelse på egen livssituasjon, og at det blir økt kvalitet på tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Med medvirkning på systemnivå, ved at foreldrene kommer med temaene, vil disse temaene være tilpasset behovet hos foreldrene på individnivået. Det kreves at tiden fra de ønsker et tema til dette presenteres, er kortest mulig. I dag presenteres nye temalister hver 3-4mnd. Kanskje dette kan være 4-6 uker, og at det noen ganger kan være uten tema, og åpent for spørsmål til fagpersonene?

Foreldrene må også informeres om at andre tjenester i kommunen bruker «Åpen helsestasjon» til å presentere informasjon om de forskjellige tilbudene kommunen har (eks. søknad til barnehager).

Hvordan synliggjøres barnevernets rolle gjennom god informasjon

Her tar jeg barnevernets rolle opp igjen, men nå vinklet mot informasjon og presentasjon. Barnevernet er med i «Åpen helsestasjon» en time en dag i uken. Her holdes 20 minutters tema, og foreldre og fagpersoner kan fremme spørsmål. Barnevernet er også med i 2 måneders gruppen på helsestasjonen. Her får alle foreldrene innkalling, fordi dette er en del av det ordinære helsestasjonstilbudet. Dette er en unik sjanse for barnevernet å få gitt en oppklarende informasjon ut til foreldrene om sine arbeidsoppgaver. Barnevernet (Fag)sier i fokusintervjuet, at deres hensikt med å være med på «Åpen helsestasjon» og i spedbarnsgruppen ved 2 måneders alder er: *«[...] for å vise ansikt – både for foreldre og samarbeidspartnere. At vi informerer hva vi driver med. Vi driver jo masse frivillig hjelpetiltak. Vi bør få formidlet dette på en slik arena. Men [...] vi ønsker å få tak i de som trenger det[...].»*Hvis barnevernets rolle i den tverrfaglige gruppen er tydelig og godt klarlagt overfor foreldrene, vil de kanskje nå fram med sin generelle informasjon overfor alle foreldre. Dette betyr at de i det tverrfaglige tilbudet gir informasjon og veiledning på foreldrerollen generelt, og gir foreldre informasjon om barnevernets oppgaver. Seim & Slettebø hevder at faktorer som kan hindre brukermedvirkning i barnevernsarbeidet er: «At brukerne mangler informasjon om barnevernstjenesten, et annet hinder er at både ansatte og brukere vet lite om hvordan medvirkning kan gjennomføres i praksis» (2007, s.214). De skriver videre om hvordan god informasjon ut til brukere og jobbing med holdningene til de ansatte, vil kunne øke aktiv deltagelse i samhandlingsprosesser fra foreldre. Når foreldre blir tryggere på barnevernets oppgaver, vil de kanskje selv eller evt. sammen med en annen fagperson, kontakte barnevernet i enkeltsaker.

Barnevernet er den eneste instansen som kan gjennomføre tiltak overfor foreldre og barn uten at foreldrene har egne ønsker om dette. Da gjennomføres en undersøkelsessak, og evt. en avsluttende rettsak for å klargjøre hvordan barnet har det, og om hvordan foreldrekompetansen er. Media og historier blant folk er med på å gjøre foreldre utrygge overfor barnevernet. Det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen kan jobbe videre med å bli flinke til å dele bekymringer rundt barnets tilværelse med foreldrene på et tidlig tidspunkt. Videre samhandling skal skje med samtykke fra foreldrene. Mor (F-B) er redd for å nevne på helsestasjonen at hun har problemer med søvnsituasjonen. Hun uttrykker redsel for at barnevernet vil stille spørsmål om hennes foreldrekompetanse. Tror hun helsesøster vil diskutere dette med barnevernet uten at hun selv er med på det? Det at foreldrene blir trygge på fagfolks håndtering av bekymringene de har rundt familien, er viktig for at de tverrfaglige

tjenestene skal kunne komme i posisjon for å gi hjelp. En utfordring er når så mange fagfolk plasseres sammen. Det kreves mye god informasjon for å klargjøre de forskjellige rollene. Samtidig ser fagfolk gevinsten ved et nærmere samarbeid. I fokusintervjuet sier barnehagen(Fag) at det er enklere å snakke med helsesøster hvis de har hilst på henne. Hun sier at dette skjer etter samtykke fra foreldre. Nav (Fag) sier at de har god erfaring med å samarbeide med jordmor når de har en bekymring rundt en gravid klient. Hun sier de bruker samtykkeskjema. Her er fagpersonene klare på bruken av samtykke fra foreldrene hvis de ønsker å samhandle med en annen faggruppe. Men det kan virke som om foreldrene ikke har dette klart for seg. Derfor må foreldrene informeres om disse rutinene. Samtidig må det være tydelig for fagfolk i alle tjenester at det er slik man samhandler. Ut i fra foreldrenes uttalelser i fokusintervjuene, er dette ikke tydelig nok. Hvis fagpersonene er utydelige med hensyn til barnevernets rolle, kan dette føre til at foreldre som strever, blir utrygge på flere av de tverrfaglige tilbudene. Spesielt hvis de opplever at venner eller familie har vonde erfaringer. Som mor (F-B): *”[...] jeg hadde vel ikke noen tanker om barnevern den tida som jeg var her(på «Åpen helsestasjon»). Jeg var fornøyd med dem da, men jeg har venner og bekjente som har fått dem på nakken [...].»*

En annen innfallsvinkel rundt barnevernets fungering i det tverrfaglige tilbudet, er hvilke oppfatninger fagpersonene har. Bergljot Baklien skriver at det i dag finnes hindringer i samarbeidet mellom barnevernet og lærere og barnehageansatte. Både «de konkrete og de som er preget av ulike virkelighetsforståelser» (Baklien, 2009). Når nye samhandlingsmodeller skal utvikles, må fagfolkene selv vite hva slags konkrete hindringer det er snakk om. Hvordan fagfolk klarer å formidle en annen tjeneste overfor foreldrene, er avhengig av den virkelighetsoppfatning de har av hverandre. I kronikken skriver Bergljot Baklien hvor viktig det er at fagfolk jobber med denne oppfatningen og forventningen de har til hverandre, og viktigheten det er at denne kommunikasjonen er toveis (Baklien, 2009).

Når fagfolk deler en bekymring med de personene det gjelder, her foreldrene, kommer intensjonen med det tverrfaglige arbeidet tydeligere fram. Foreldrene og barnet blir sett og hørt. Når det gjelder det tverrfaglige arbeidet med barn, prøver man å henge «ulike kunnskaps- og metodebiter fra de forskjellige fagdisipliner» sammen for å bli en helhet. Pär Nygren skriver videre at «den enkelte bidragsyter i det tverrfaglige arbeidet bringer sin opprinnelige faglige identitet med inn i samarbeidet» (Nygren, 2011, s.62). I det tverrfaglige tilbudet er intensjonen at fagfolkene skal jobbe med hver sin fagidentitet, for at alle barn blir sett på som viktige enkeltindivider med sine egne rettigheter jfr. FNs barnerettskonvensjon

artikkel 4. som forteller om statens ansvar for å sette barnerettighetene ut i livet, og artikkel 3: Til barnets beste, «Ved alle handlinger som angår barn som foretas av myndigheter og organisasjoner skal barnets beste være et grunnleggende hensyn» (Barne -likestillings - og inkluderingsdep., 2013, s.9).

På bakgrunn av empirien må foreldre få god informasjon om hvorfor de forskjellige fagfolkene er tilstede på helsestasjonen. Dette trenger de for å danne seg tanker om hvordan tilbudene kan hjelpe dem. Informasjonen bør gis ut til foreldrene ved første kontakt på helsestasjonen. Dette ligger ikke i den informasjonen som gis ut til foreldre i dag. Foreldrene må se hvordan det tverrfaglige tilbudet fungerer og få en forståelse av at fagfolkene samhandler, og at fagfolk har respekt for hverandres fag og forslag. Det at fagfolk har forskjellige synspunkter inn mot en utfordring rundt et barn, må bli sett på som positivt. Da vil fagfolks tanker bli sett på som et steg på veien og ikke satt opp mot hverandre, og foreldre vil hele veien være en medeier av sine egne utfordringer. Foreldrene må bli bevisst det å se seg selv utenifra for å se barnet innenifra, og dermed blir utfordringene mer synlige for dem. Fagfolkene må ha evne, nysgjerrighet og vilje til å forstå forelderen. Som Finn Skårderud skriver om, er «kompetansen til å ta andres perspektiv, viktig for etisk praksis»(Skårderud, 2011, s.137). Som fagperson har alle et ansvar overfor de foreldrene som de har fått en allianse med. Denne alliansen må behandles med varsomhet. Den må ikke brukes til «å ri egne prinsipper» innenfor eget fag, men brukes som en god innfallsport mot en tverrfaglig samhandling. Har man oppnådd en god allianse, skal denne brukes til å få til et best mulig tilbud for forelderen og dermed overfor barnet. Forelderen må ikke føle seg lurt av sin allianse. «Resilienslitteraturen beskriver i liten grad betydningen av sammenheng i den ytre verden, med et unntak: stabilitet i relasjon til en betydningsfull annen» (Waaktaar & Johnsen, 2000, s.51). Ved siden av å ha en god relasjon må foreldrene føle at de har eierskap til sin situasjon, og Antonovskys (1988) begrep «Sence of coherence» forteller om en opplevelse av sammenheng i den indre verden. Verden må være forståelig, håndterbar og meningsfull (Waaktaar & Johnsen, 2000). Så det tverrfaglige tilbudet, evt. ved hjelp av en god allianse, må få foreldre til å forstå sin situasjon, foreldrene må tro situasjonen de er i er håndterbar ved å tro på at noe kan gjøres, at de mestrer og opplever det som meningsfullt.

Samtidig må fagfolk og foreldre forholde seg til oppslag i aviser og diskusjoner i media. Fagfolk må håndtere dette profesjonelt. Det er derfor viktig med diskusjoner innad i tjenestene for å utvide egne horisonter, og diskusjoner innad i den tverrfaglige samhandlingen for å øke sin mentaliseringsevne. Da unngås støy i kommunikasjonen rundt samhandlingen.

Noen foreldre kan oppleve å stå i en avmaktssituasjon, og dermed føle skam. Det handler om sammenheng mellom emosjonell energi, skam og stolthet, og hvordan dette kan hemme og fremme empowerment. Empowermentbegrepet kommer fra «power» som kan bety styrke, kraft og makt. Mennesker som er i en avmaktssituasjon, «skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten» (Askheim, & Starrin, 2007, s.21). Definisjonen av skam kan være: «Skam er en samlebetegnelse på en stor gruppe følelser som oppstår når man ser seg selv negativt, selv om det bare er i en liten grad, gjennom den andres øyne eller bare ved at man forventer en slik reaksjon» (Askheim, & Starrin, 2007, s.62). Hvis en forelder strever med dette, kan denne føle seg utenfor i en gruppe med foreldre uten disse utfordringene, og da oppleve skam. Foreldre som føler seg som dårlige omsorgsgivere kan føle skam. Fagfolkene må jobbe for å få til en mestringsorientert hjelp blant annet gjennom å hjelpe foreldre til å finne fram til de områdene de er gode på.

Hvordan håndterer fagfolk den samhandlende metoden?

Det at man som fagfolk er uenig i sak, bør ikke innvirke på respekten for hverandre og hverandres fag (Glavin & Erdal, 2007). For å kunne presentere en annen tjeneste sine tilbud overfor foreldrene, må vi være godt informert om hvilke tilbud de har, vi må innhente riktig informasjon om dette, eller hente inn en person fra den andre tjenesten. Fagfolk må ikke bestemme hvilke tiltak foreldrene skal få fra en annen tjeneste. Den andre tjenestens vurdering av situasjonen kan gi et annet tiltak, og da kan det skape forvirring hos forelderene. Fagfolk i en tjeneste kan veilede og hjelpe foreldrene på vei over til en annen tjeneste. Foreldrene skal ikke behøve å finne frem til de forskjellige tjenestene selv. Fagpersonene trenger bedre kunnskap om eget og andres fag, og på det grunnleggende fokuset rundt tverrfaglighet (Drøftet i kap 6). Men som Kerstin Søderstrøm skriver: «de trenger også mot til å gjøre noe med det de oppdager» (2011, s.172). Når du som fagperson oppdager noe som egentlig hører inne under et annet fagfelt, beveger du deg på utrygg grunn. «Det er selvsagt på de områdene der fagene overlapper hverandre at det oppstår mest konkurranse» (Lauvås & Lauvås, 2004, s.36). Innenfor hver faggruppe må det jobbes kontinuerlig med holdninger til andre faggrupper. I fokusintervjuene var det flere uttalelser om at fagpersonene ikke veiledet om eller fulgte foreldrene over i annen tjeneste. En mor(F-2) forteller hvordan de som familie ble «glemt» både med informasjon om sykdommen, som sykehuset eller kommunens helsetjeneste skal informere om, og om økonomiske støtteordninger fra NAV. Flyten i oppfølgingen rundt denne familien uteble. Dette er et klart avvik pga. rett til individuell plan og koordinator. Kommunen må jobbe for å få til gode rutiner om hvordan en god

informasjonsflyt mellom tjenestene skal være, og de må ha klare rutiner på hvilken informasjon foreldre og barn med forskjellige utfordringer har rett på. Det er her det er størst risiko for svikt slik at foreldre og barn får lide.

Samhandlingsreformen kap. 5 om pasientrolle og pasientforløp sier at «ytelser fra de forskjellige tjenestedelene ikke møter pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte» (St.meld.nr 47, 2008-2009). Dette kan jobbes med i det tverrfaglige tilbudet, fordi det er tjenester som jobber med voksne og tjenester som jobber med barn, og disse tjenestene kan dermed se sammenhenger i familiens situasjon.

Forslag om hvordan det tverrfaglige tilbudet må gjøres kjent

Foreldrene kommer med flere forslag om hvordan det tverrfaglige tilbudet må gjøres kjent. Forslagene foreldrene kommer med er plakater, brosjyrer, artikkel i avisen, intranett etc. I begge fokusintervjuene med foreldrene fortelles det at det gis informasjon på faste treffpunkt hos jordmor, helsesøster, NAV, på legekontroller hos fastlegen, hos psykiatrisk sykepleier med flere. Men det aller viktigste er praten mellom foreldre. Både når de treffes privat, på Facebook og på kontrollene. Det foreldre diskuterer seg imellom, er den beste «reklame». Informasjonen som gis må være ærlig, og omhandle det foreldrene er utrygge på. Det tverrfaglige tilbudet skal styrke foreldrekompetansen på alle nivåer, og trygge foreldrene på hvor de kan hente hjelp. I de aller fleste tilfeller er foreldrene barnets beste støttespiller/omsorgsgiver.

Foreldrene i fokusintervjuene forteller at de vet om tilbudet. Dette er viktig, for det du ikke vet om etterspør du ikke. Men foreldrene kommer med ønsker for tilbud de kan tenke seg at den tverrfaglige samhandlingen skal ha. Med perspektiv på brukermedvirkning, må det åpnes opp og tydeliggjøres at foreldre kan ønske seg tilbud i «Åpen helsestasjon».

Ved siden av at det må fremstilles på en interessant måte, må det tverrfaglige tilbudet ha åpningstider som passer foreldrene. Foreldrene må få være med å bestemme. Barnas sovetider, søsken i barnehage og busstider, er ting som må tas hensyn til når man bestemmer tidspunkt. For fagfolk er det å ha tilbudet på samme dag og til samme tid viktig for å få det til i en travel hverdag. Men de forskjellige tilbudene innenfor prosjektet, kan være på forskjellige tidspunkt. Her blir det viktig å gå ut med tydelig informasjon om når man kan være med på hva. Helsestasjonen har fortrinnsvis vært et sted for mor og barn opp gjennom tidene, og det

blir derfor viktig at far får følelsen av å være innbudt. Informasjon må ut med tilbud direkte til far, for det vil virke mer personlig og kan få han til å føle at dette er hans oppgave.

9. Avslutning

I det tverrfaglige prosjektet på helsestasjonen har man prøvd å knytte sammen fagfolk fra tjenester som jobber med voksne og fagfolk fra tjenester som jobber med barn. Alle med sine spesielle kompetanser samles på en arena, og samhandling er metoden som brukes.

Helsestasjonen er fra før et lavterskeltilbud som når 98 % av foreldrene, og samhandling er en av de lovbestemte oppgavene innenfor helsestasjonsarbeidet. Det at samhandlingen først og fremst er knyttet opp mot et sted, er viktig for å utvikle en samhandlende kultur. Man har et knutepunkt. I uttalelser fra fokusintervjuene kom det fram at foreldre mente helsestasjonen var en arena de fleste var i kontakt med, og et naturlig sted for å spørre etter andre tjenester. Metoden- samhandling kan brukes uavhengig av om man er på en fast arena, men min påstand er at samhandlingen da blir mer uforpliktende og dermed mindre effektiv. Metoden vil ikke få samme forankring i kommunen, hvis den kun foregår som en samhandling mellom tjenestestedene. Da blir det som det før har vært, at en fagperson som ønsker å samhandle med en annen fagperson, kaller inn til møte. Det å finne møtetidspunkter er mange ganger utfordrende. På «Åpen helsestasjon» er dette tidspunktet, sted og metode bestemt, og tilbudet er ledelsesforankret. Jeg har valgt å bruke begrepet samhandling og ikke samarbeid fordi det ved samhandling foregår en koordinering hvor det gjennomføres tiltak som ingen enkeltperson har totalansvaret for (Stort.meld. 47). Det er viktig for at alle tjenestene skal føle et selvstendig ansvar for å bruke samhandlingsmetoden.

Det kommer klart fram i alle tre fokusintervjuene at man har flere ting som må jobbes med for at samhandlingen skal fungere. Dette er en kontinuerlig prosess. I fokusintervjuet i faggruppen(Fag) diskuteres bruken av metoden. Flere ser det positive, mens noen ikke syns de når fram til sine familier. Spesielt en av tjenestene, barnevernet, stilte spørsmål om de traff sine foreldre. Usikkerheten rundt denne tjenestens rolle, kom tydelig fram i den ene foreldregruppen(F-fA,B,C,fC,D,E,F). Utfra drøftingen i kapittel 6 om tverrfaglighet, kan kommunen gjøre flere tiltak for at samhandlingen skal fungere bedre. Det å planlegge godt hvilken rolle de forskjellige fagfolkene skal ha i tilbudet, og tydeliggjøre disse for foreldrene, vil virke oppklarende. Denne planleggingen må skje i styringsgruppe for prosjektet, for det vil sikre deltagelse fra alle tjenesteområdene. At samhandlingen i dag er plassert på helsestasjonen, kan gjøre at ikke alle tjenester føler samme ansvar. Dette drøftet jeg under

samhandling i kapittel 6.2 og konklusjonen min er at hver og en fagperson må føle at de har noe igjen for å samhandle. Dette i forhold til den jobben de gjør. Videre kommer det fram i fokusintervjuene med foreldrene, at Vestre Toten kommune må få tak i foreldrenes tanker og meninger om hvordan tilbudene skal fungere. Foreldrenes stemmer må komme tydelig fram, for at tilbudene skal dekke deres behov. Fokusintervjuene i foreldregruppene i empirien viste at flere av foreldrene syntes at «Åpen helsestasjon» var et godt tilbud, men fagpersonene må være tydelige på hvilken rolle de har i tilbudet, og foreldrene skal være aktive deltagere. Hvis vi ser på helsestasjonen som arenaen, så er helsestasjonen først og fremst en arena for helsefremmende og primærforebyggende arbeid, hvor de de universelle tiltakene for mange foregår. Det er ca. 80 % av de gravide som går til jordmor på helsestasjonen og ca. 98 % av foreldre med barn 0-6 år som bruker helsestasjonen. Dette gjør at fagpersonene kan nå de aller fleste foreldre hvis det lages tilbud som gjør at foreldrene faktisk bruker de. «Her vil det eksistere flere sanne problemforståelser, virkelighetsbeskrivelser og opplevelser på samme tid. Det vil alltid foreligge alternative måter å konstruere virkeligheten på»(Glavin, & Erdal, 2007, s.107). Glavin og Erdal beskriver en arenamodell med samhandling som utvikles på grunn av deltagerens kompetanser og egenskaper. Både i forhold til oppgavene de er satt til å løse og selve strukturen rundt dem. Det fremgår at når foreldrene selv er med å forme tilbudet, når man flere brukergrupper. Veiledning for alle i den vanlige foreldrerollen, og oppfølging av spesielle grupper. Dette kan være foreldre med egne vansker, barn født med spesielle behov, flyktninger eller foreldre med psykiske, sosiale eller «organisatoriske» utfordringer (skyss, barnevakt...).

Etter å ha hørt fokusintervjuene flere ganger, sitter jeg igjen med en oppfatning av at fagfolk er uenige i nytteverdien rundt det å jobbe opp mot de forskjellige foreldre- og barneutfordringer, f.eks. opp mot foreldre som ikke har noen klare utfordringer. Dette viser hvorfor samhandling er nyttig. Fagfolk som er vant med å jobbe opp mot en foreldregruppe eller barnegruppe, vil forhåpentligvis lære seg å se denne gruppen fra en annen synsvinkel. Samhandling synliggjør fagfolkenes forskjellige synsvinkler inn mot foreldre- og barnegruppene. Hvis Vestre Toten får til en god samhandlende kultur, vil dette komme enda tydeligere fram. Noen av fagfolkene jobber vanligvis med familier med en kjent problematikk, andre jobber for å kartlegge en situasjon, andre igjen jobber med veiledning opp mot en vanlig foreldrerolle, og noen ønsker kanskje ikke å se de alvorlige og vanskelige foreldreutfordringene. Dette er ting som kompetansehevingen av fagfolk må ta høyde for. Ved å diskutere dette mellom fagfolkene, vil man kunne få tak i utfordringen det er å se dette fra

de forskjellige fagfolks ståsteder. I fokusintervjuene kommer det klart fram at barnevernet er en tjeneste som gir samhandlingen mange utfordringer på dette området. Disse må det jobbes videre med. Spesielt må det jobbes med informasjon, både mellom fagfolk og ut til foreldre.

Noe av det viktigste i jobben ut mot foreldrene, er å være tydelig med informasjonen om hva tilbudet består av. Foreldre må bli trygge på at alle jobber for å gi barnet best mulig utvikling. Dette ble drøftet i kapittel 8. Jeg ser viktigheten i tydelig informasjon med et samtykke relatert til den gitte situasjonen, slik at det ikke kan misforstås på hvilken måte samarbeidet mellom fagfolkene foregår. En suksessfaktor ute i samfunnet er at fagfolk må gi god informasjon, slik at foreldrene føler seg møtt. Da blir tilbudene sett på som gode og lett tilgjengelige. Det er utrolig hvor raskt det sprer seg hvis en forelder ikke har fått en god, riktig oppfølging av fagfolk. Det kommer klart fram i fokusintervjuene der foreldre har følt at de har fått god hjelp og der foreldre har blitt usikre fordi de har hørt og lest ting som for dem har vært utydelige. Foreldre selv er ambassadører for tilbudet. Det foreldre selv kommer med, har større slagkraft mellom foreldrene enn det fagfolk sier.

I og med at gravide og foreldre/barn bruker helsestasjonen i så stor grad, vil denne arenaen være et godt utgangspunkt for nettopp å kartlegge og finne frem til de gravide, barnet eller forelderen som trenger de selektive tiltakene. De selektive tiltakene er for noen grupper, gravide/barn/foreldre i risikosoner. Med utgangspunkt i helsestasjonen og med et godt samarbeid ut til fastlegene, til NAV og til psykiatrisk tjeneste, vil man kunne få tak i de gravide og foreldre som trenger noe ekstra. Dette er avhengig av gode systemer og gode rutiner for samarbeidet. Det at tjenester som jobber kun med voksne tar barneperspektivet er en utrolig interessant utvikling. Hva gjør de forskjellige fagpersonene, «hvorfor, når, hvem skal det rapporteres til, når skal det evalueres og etter hvilke kriterier?» (Lassen, 2012, s.17). Samtykket er essensen for at informasjonen om en gravid, et barn eller en forelder får den posisjonen den skal ha. Hvis den gravide eller forelderen selv ikke har samtykket, eller er informert om at det samhandles, vil ikke denne personen ha noen hjelp i at dette gjøres. Det må komme tydelig fram hvilken tjeneste som gjør hva. Den som trenger oppfølgingen eier selv problemet, og må selv få forståelsen av behovet den har for oppfølging. Denne forståelsen kan for eksempel komme ved at forelderen har fått en god relasjon til et fagmenneske.

Når det gjelder de indikerte tiltakene retter de seg mot noen få familier, en gravid, foreldre eller et barn. Det er naturlig at de tiltak og strategier man tilbyr til den gravide, barnet eller

forelderen, kan legges under det fagområdet som retter seg inn mot utfordringen en har i den bestemte situasjonen. Selve prosessen for å finne fram til den videre strategien/tiltakene, vil være en tverrfaglig samhandling, slik at man får fram de forskjellige faggruppers syn i saken. Oppfølgingen skjer ofte ved en ansvarsgruppe eller/ og en individuell plan (IP), eller en familieplan som da retter seg mot familien som en helhet. I dette planarbeidet velges en koordinator for det tverrfaglige arbeidet rundt akkurat dette barnet eller denne familien. Denne koordinatoren er bindeleddet mellom den gravide, barnet/foreldrene og hjelpeapparatet. Det lages et eget løp i hvert tilfelle. Gjennom fokusintervjuet med foreldregruppe (F-1,2,3), kom det fram et avvik rundt et barn med et spesielt behov. Selv om dette dreide seg om kun om ett barn, syns jeg det var viktig å ta det opp. På dette feltet er det store muligheter for kommunen å få til et bedre system rundt denne problematikken, med den tverrfaglige forståelsen, med en god informasjon ut til foreldrene og en tydelig oppgavefordeling mellom fagfolkene.

Helsestasjonen har en unik rolle i det norske samfunnet. Denne posisjonen må man sørge for at vedvarer, og da må helsestasjonen forbedre det foreldrene løfter fram i studien. Det kommer fram at det har vært problemer med selve organiseringen av helsestasjonens egne kontroller, og en mor (F-1) mente det kunne skyldes at helsesøstrene var primus motor i mange av de tverrfaglige tilbudene. Dette er en naturlig konsekvens. Foreldre og barnet har en primærhelsesøster. I dagens tverrfaglige tilbud fungerer tre av helsesøsterkontrollene i spedbarnsalder som gruppesamlinger med helsesøster og en annen faggruppe. Da samles alle barn født innenfor denne måneden, og det vil være tilfeldig om foreldrene møter sin primærhelsesøster. På de andre kontrollene har barnet fortsatt sin helsesøster, men antall ganger man treffer henne er redusert. Det blir viktig for helsestasjonen å sørge for at oppfølgingen og kontinuiteten ikke blir dårligere. Samtidig er intensjonen med det tverrfaglige tilbudet at foreldrene skal få en bredere faggruppe å spørre. Ved 2mnds kontrollen er barnevernet med sin kunnskap med, ved 4mnds kontrollen er fysioterapeut med sin kunnskap og ved 8mnds kontrollen er det førskolelærer med sin kunnskap. Foreldre har flere å spørre og fagfolkene har flere til å observere og til å gi informasjon. I min empiri nevner noen foreldre hvor godt det er å snakke med fysioterapeuten, mens andre er skeptiske til at barnevernet er med. Veien videre er å få fram en tydelig informasjon om de forskjellige tjenestene, og la foreldrene få en sterkere stemme inn om hvordan de mener tjenestene skal delta inn i tverrfagligheten. Det er spennende at de som jobber med voksne (NAV og psykiatrisk sykepleier) og de som jobber med barn (barnevern og helsesøster) har et fast

treffpunkt hver uke. Foreldre kan snakke med en av dem uten å bestille time. Dette mener jeg er med å synliggjøre tjenestene, og det er viktig for å få et videre syn opp mot familiens fungering og barnets utvikling. Foreldrene ser at deres voksne situasjon er viktig for hvordan barnet deres utvikler seg. Det var hovedintensjonen med prosjektet: «Skape trygghet og trivsel rundt småbarnsfamilien for å forebygge psykiske lidelser hos barn og unge».

I min studie har jeg tilbakemeldingene fra foreldre og fagfolk som har hatt og vært med i tilbudet «Trygghet og trivsel for småbarnsfamilien». Det å høre foreldres og fagfolks stemmer om hvordan de syns tilbudet fungerer, mener jeg er veien å gå.

Validiteten av studien går på min personlige tilknytning til fenomenene og temaet som studeres (Dalen, 2011,s.94). Jeg er helsesøster og dette vil naturligvis farge det jeg kommer fram til. Men ikke nødvendigvis negativt. For når jeg ser på helsestasjonen som en mulig arena, har jeg lang erfaring med helsestasjonen slik den fungerer uten dette tilbudet, og dermed sett hvordan ting ikke fungerer.

Det blir spennende å se utviklingen. Det kommer fram hvordan dette tilbudet kan være med på å synliggjøre hvordan de forskjellige fagfolkene kan bruke hverandre opp mot familiene. Dette med utgangspunkt fra en felles arena. Vil kommunen tilrettelegge for fagfolks arbeidsorganisering og kompetanseheving rundt metoden samhandling? Vil det legges til rette for samhandling rundt kommunens nye innsatsområder i de forskjellige fagfeltene? Folkehelsemeldingen som kom 26.04.13 trekker frem «fem prinsipper for folkehelsearbeid: 1)utjevning, 2) helse i alt vi gjør, 3) bærekraftig utvikling, 4) føre var og 5)medvirkning» (Helse - og omsorgsdep. 2013, kap.1.4.3 s.14), faktorer som påvirker helsen. Meldingen tar opp kommunens viktige rolle for å fremme helse og å forebygge bedre, på stedet der vi lever, jobber og bor. Kommunene har ansvar på tvers av sektorer og skal ha «oversikt over utfordringer og muligheter, men velger selv mål og tiltak for å fremme befolkningens helse» (Helse – og omsorgsdep. 2013, s.10).

Studien min sier litt om hvordan foreldrene kan få trygghet til tilbudene og hvordan behovet er for en reell påvirkning. Både den gravide, den vanlige foreldrerollen som mamma og pappa, foreldrerollen med utfordringer eller barn med utfordringer. Innenfor disse rollene ligger mange utfordringer. Skal tilbudene bli gode, må de foregå utfra et samhandlende perspektiv. Samhandling mellom fagfolk og samhandling mellom fagfolk og foreldre.

Litteraturliste

- Alvesson, M., og Sköldbberg, K., (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Askheim, O., P., og Starrin, B., (red.) (2007). *Empowerment i teori og praktikk*, Gleerups forlag (svensk versjon)/Gyldendal Akademisk (norsk versjon).
- Baklien, Bergljot, (2009). *Skole, barnehage og barneverntjeneste – bilder av «de andre» hindrer samarbeid*. Kronikk, Sirius barnirusfam. Hentet fra <http://www.sirus.no/Evaluering+av+prosjektet+%22Barn+i+rusfamilier+-+tidlig+intervensjon%22.d25-SMtLW5w.ips>
- Barne- og familiedepartementet, (rev.2003), *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, (2013). *Samlet oversikt: Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2013*. Q1205B Departementet.
- Borge, A. I. Helmen. (2005). *Resiliens, risiko og sunn utvikling*. 3.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Braastad, L., (2013, 13.mars). Barnevernet hjelper barn. Debattinnlegg: *Oppland Arbeiderblad*. Hentet fra A tekst.
- Dalen, M., (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ersvik, A., G., 2011, *Åpningsinnlegg helsesøsterkongressen 2011*, Hentet fra <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/648626/Helsesosterkongressen-2011--foredrag,24.3.13>
- Gamst, M., Martinussen, M., (2012). *Familiens hus/familiesenter- en nasjonal kartleggingsundersøkelse av norske kommuner* (Rapport 3-2012, RKBNU Nord). Universitetet i Tromsø.

- Glavin, K., & Erdal, B., (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis- til beste for barn og unge i Kommune- Norge*. 2.utg. Oslo: Kommuneforlaget.
- Gotvassli, K. Å., (2007). *Kunnskaps- og prestasjonsutvikling i organisasjoner. Rasjonalitet eller intuisjon og følelser?* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Hansen, M., & Jacobsen, H., (2006). *Spedbarn og småbarn i risikofamilier: Barn i Norge 2006. Barn i risiko*. Årsrapport barn og unges psykiske helse. Voksne for barn.
- Halsa, A.(2004). *Psykisk syk mor – hva strever syke foreldre med i omsorgen for sine barn?* Skolepsykologi, Nr.3, 2004.
- Havik, T., & Larsen, M.Y., & Nordstoga, S. & Veland, J., (2004). *Barnevernet - forutsetninger og gjennomføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Heap, K., (1998). *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedepartementet (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse.sammen om psykisk helse*. I-1088. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedirektoratet, (2011), Individuell plan og koordinator, Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>
- Helse- og omsorgsdepartementet, (2004), (St.prp.nr.63). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999- 2006*. Oslo: Direktoratet, IS-24/2004. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptrappingsplanen-for-00psykisk-helse-199.html?id=274864, 17.4.2013
- Helse- og omsorgsdepartementet, (2010). *Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle. Sammendrag av høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. I-1154B, Hentet fra <http://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no>, januar 2013.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*, Meld.St.16, Regjeringen Stoltenberg II.
Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/1.html?id=639795>, januar 2013

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar*, (2012-2013), Meld.St.34, Oslo: departementet. Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>, 26.4.13

Helsetilsynet, (2012). *Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Styre for å styrke.*
 Helsetilsynet, tilsyn med barnevern, sosial og helsetjenester, 1/2012.

Hundeide, K.(2009). *Barns livsverden: Sosiokulturelle rammer for barns utvikling*. 5.opplag.
 2003,Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Jørgensen, P.,S.,(1999), *Familieliv i børnefamilien*, Dencik,L.,&Sultz Jørgensen,(red),(1999)
Børn og familie i det postmoderne samfund. København: Hans Reitzels forlag.

Kommunens sentralforbund, KS, (2011). *Sammen for barn og unge. Bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge*. Oslo, Hentet fra www.ks.no

Killèn, K. & Olofsson, M. red. (2003). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*.1.utg.2.opplag. 2003, Oslo: Kommuneforlaget AS.

Kjønstad, A., (2001). *Taushetsplikt om barn. Kommunikasjon og samarbeid mellom helseetaten, skoleetaten, sosialtjenesten og barnevernet*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kvale, S., Brinkmann, S., (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, Oversatt, Andersen, T.M., Rygge J.

Kvello, Ø. (2011). *Barn i risiko, skadelige omsorgssituasjoner*. 3.opplag, 2010, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lah, NSF, 2012. *Tidsskrift for helsesøstre. Nr.1-2012*. Sykepleien

Lah, NSF, 2012. *Tidsskrift for helsesøstre. Nr.2-2012*. Sykepleien

Lassen, R.,(2012), *Juridiske forhold ved samhandlingsmodellen Familiens Hus/Familiesenter*. April 2012, RKB Nord. Universitetet i Tromsø Uit, ISBN 978-82-93031-18-5

Lauvås, K., og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid, Perspektiv og strategi*. 2004, 2 utg. (1.utg.1994), Oslo: Universitetsforlaget

- Lerdal, A. (2008). *Bruk av Fokusintervju, Emneord: Fokusgrupper, Intervju, Gruppeintervju, forskning, Metode, Kvalitativ studie*. Sykepleien Forskning (3): (s. 172-175).
- Lund, I., (2005). *Hun sitter jo bare der, innagerende adferd og tiltak i lys av Daniel Sterns selvteori. Barn i Norge 2005. Se meg. Årsrapport om barn og unges psykiske helse. Voksne for barn.*
- Major, E., Dalgard, O. S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L.,E,(2011), *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport 2011:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Moe, V., Slinning, K., Hansen, M. Bergum, (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. 2010, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Myhrvold, T.M.,(2013,7.februar). Flere helsesøstre, mindre barnevern. NIBR, 2013
Aftenposten .
- Neumer,S.& Aalberg, M., (2003), *Forebygging av emosjonelle lidelser hos barn og unge: Barn i Norge 2005. Se meg, Årsrapport om barn og unges psykiske helse. Voksne for barn.*
- NOU, 2009:22. *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. 3.des. 2009, Oslo: Utredning fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet. Informasjonsforvaltning,
- NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling, ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
[http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2012/nou-2012- 5.html?id=671400](http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/2012/nou-2012-5.html?id=671400)
- Nygren, P., (2004). *Handlingskompetanse- og profesjonelle personer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk helseinformasjon, (2012). Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter. 2012, MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Nygren, P., (2006). *At utvikles ved at utvikle- en modell for deltagerstyrt endringsarbeid*. (HPA- serie No.1). Arbeidspapir 13. Danmarks pædagogiske Universitet.

- Nygren, P., (2011). Barneomsorg som fellesbegrep i tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge. Straand, S.(red), *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Nøtnæs, T., (2001). *Innføring i bruk av fokusgrupper*, Seksjon for statistiske metoder og standarder, Emnegruppe:00.90 2001/24
- Ohnstad, B., (2004): *Juss for helse- og sosialarbeidere. En innføring i lovgivning, juridisk tenkning og metode*. 3.utg. Bergen: Fagforlaget.
- Rapport 2010: Modellkommuneforsøket, (2010). Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Rambøll.
- Repstad, P., (red).(2004a). *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 2. utg. 2004a, (1.utg.1993). Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P., (red).(2004b). *Sosiologisk perspektiv for helse- og sosialarbeidere*. 2. utg. 2004b, (1.utg.1997). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rye, H., (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. 2.utg Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Rye, H.,(2007), *Barn med spesielle behov, et relasjonsorientert perspektiv*, 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Seim, S.,& Slettebø, T., (red.) (2007) *Brukermedvirkning i Barnevernet*, Oslo Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., (2011). Barfotmentalisering. Straand,S.(red), *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*, Oslo: Kommuneforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (Veileder til forskrift av 3.april 2003, nr. 450). Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (Veileder til forskrift av 3.april 2003, nr.450). Oslo: Sosial og helsedirektoratet. IS-1154
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Veileder om psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. IS-1405. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

St.meld.25, (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. IS-24/2004. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

Stort.meld. nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. 2009, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Søderstrøm, K.,(2011). Tidlig intervensjon ovenfor små barn i psykososial risiko. Straand, S.(red), *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*, Oslo: Kommuneforlaget.

Thomassen, M., (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Waaktaar, T., & Johnsen, H., Christie. (2000), *Styrk sterke sider: Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget

Ødegård, F.,J.,(2012, 07.07). Reglene for fedrekvote (tidligere kjent som pappapermisjon). Artikkel om fedrekvoten. Hentet fra <http://www.nav.no/Familie/Svangerskap%2C+f%C3%B8dsel+og+adopsjon/Fedrekvote>, 15.4.2013

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Anders Sanvig jr.
Avdeling for pedagogikk og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 17.10.2012

Vår ref: 31794 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TIILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31794	<i>Hvordan fungerer helsestasjonen som arena for tverrfaglig tilbud til foreldre og barn?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anders Sanvig jr.</i>
Student	<i>Elisabeth Skaar Dyrud</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Elisabeth Skaar Dyrud, Einastrand, 2843 EINA

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd@svt.no

Personvernombudet for forskning

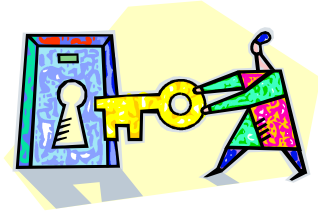


Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31794

Viser til telefonsamtale den 16.10.2012. Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.



Raufoss -12

SAMTYKKE TIL OPPTAK AV FOKUSGRUPPEINTERVJU 2012

Velkommen til EVALUERING av prosjektet ”Trygghet og trivsel for småbarnsfamilien”.

Jeg samtykker til at gruppeintervjuet blir tatt opp på bånd.

Navn:_____

Personene som er med blir anonymisert.

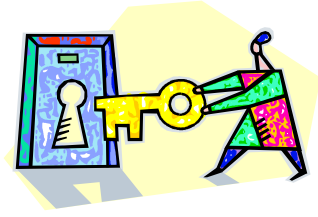
Båndet og utskriften blir forsvarlig oppbevart.

Evalueringen som kommer fram ved intervjuet blir behandlet av Elisabeth Skaar Dyrud.

Deltagerne vil få et kort evalueringssammendrag

Elisabeth Skaar Dyrud

Navn:_____



Raufoss -12

**SAMTYKKE TIL ANALYSEN AV OPPTAKET AV FOKUSGRUPPEINTERVJUET
2012**

Jeg samtykker til at gruppeintervjuet blir tatt opp på bånd og at uttalelsene her blir brukt i masteroppgaven som omhandler hvordan det tverrfaglige tilbudet på helsestasjonen fungerer, hvordan det blir markedsført og hvilke klienter vi mener det er rettet mot.

Navn: _____

Personene som er med blir anonymisert, men det kan bli synlig gjennom uttalelsen fra hvilken tjeneste man representerer.

Båndet og utskriften blir forsvarlig oppbevart.

Uttalelsene fra intervjuet blir behandlet av Elisabeth Skaar Dyrud med veileder Anders Sandvig fra Hil.

Deltagerne får innsyn i oppgaven.

Elisabeth Skaar Dyrud

Navn: _____

Intervjuskjema for fokusintervjuene:

Foreløpig tittel:

Hvordan fungerer helsestasjonen som arena for tverrfaglige lavterskeltilbud til gravide og foreldre til barn fra 0-2 år?

Lavterskeltilbud som styrker gravides og foreldres kompetanse, og tilbud som avdekker deres evt. behov for oppfølging? Et lavterskeltilbud med mål om å identifisere utfordringer hos barnet og foreldrene tidlig, både fysiske, psykiske og sosiale. Men her avgrenset til utfordringene rundt rus, vold og psykisk sykdom hos gravide og hos foreldre.

Hva jeg ønsker å finne ut:

Jeg vil finne ut hvilke fordeler og ulemper foreldrene og fagpersonellet syns helsestasjonen har for aktiv tverrfaglig tilnærming.

I dag er helsestasjonen en "ufarlig arena" som opp imot 100% av foreldrene bruker aktivt. Hvordan reagerer foreldrene på at flere faggrupper kommer inn i helsestasjonen? Og hvordan reagerer foreldrene på at helsestasjonen aktivt retter oppmerksomheten sin – ikke bare mot barnet og foreldrekompetansen, men også mot foreldrenes egne utfordringer.

- Hvor mener foreldre det er naturlig å henvende seg for å få veiledning når de venter barn eller har små barn?
- Får fagpersonellet tak i foreldrenes utfordringer på en god måte? Både utfordringene rundt det å få barn og utfordringer en selv strever med som voksenperson?
- Har foreldrene nytte av den utvidede "staben" av fagfolk som under prosjektet er tilgjengelige på helsestasjonen ukentlig?
- Syns foreldrene de har fått økt kunnskap om foreldrerollen og hva som virker inn på denne, og om samspill og mentalisering?
- Syns foreldre med en utfordring at de blir godt fulgt opp med denne ordningen?
- Syns fagfolk de får en raskere og mer flerfaglig tilnærming til gravide og foreldre med utfordringer? Og blir det en enklere tilnærming til en problematikk, uten lange henvisninger?
- Gjør samarbeidet med andre fagfolk at vi raskere oppdager problematikk rundt rus, psykisk sykdom og vold?

Jeg ønsker å evaluere et prosjekt som startet opp 7/9-2010 på helsestasjonen. Prosjektet er en del av Modellkommuneprosjektet fra statlig hold, gjennom buf- etat. Kommunen er med i Modellkommuneprosjektet ut 2014.

Forberedelser/grunnlag for intervjuet: Moderatorenes utgangspunkt for sitt intervju

Foreløpig tittel: Hvordan fungerer helsestasjonen som arena for tverrfaglige lavterskeltilbud til gravide og foreldre til barn fra 0-2 år? Og hvordan er samhandlingen?

Jeg vil finne ut om tilbudene vi har styrker gravides og foreldres kompetanse, og om de avdekker deres evt. behov for oppfølging?

Foreldrene:

Syns foreldrene de får hjelp/blir hørt vedrørende sin eventuelle bekymring rundt barnet sitt eller seg selv?

Hvor ønsker foreldrene å hente kunnskapen de syns de vil ha for å bli foreldre?

Hvilken kunnskap syns de er viktig å ha?

Har de noen tanker om det å ha problemer som voksen og det å være foreldre?

Fagpersonellet:

Identifiseres utfordringer hos barnet og foreldrene tidlig både fysiske, psykiske og sosiale. Og hvordan blir samhandlingen med foreldrene, den gravide når man trekker inn andre faggrupper i foreldrenes problematikk?

(Men her avgrenset til utfordringene rundt rus, vold og psykisk sykdom hos gravide og hos foreldre.)

Hva jeg ønsker å finne ut:

Hvilke fordeler og ulemper mener foreldrene og fagpersonellet at helsestasjonen har når denne brukes som arena for aktiv tverrfaglig tilnærming.

Den tverrfaglige jobbingen som er prøvd ut består av: Åpen helsestasjon:

- 1 time i uka med Nav, barnevern, psykisk helse og helsesøster ledig for en prat
- 20 minutters tema fra en tjeneste om et tema enten ønsket fra foreldre eller fagpersonell

Grupper på helsestasjonen:

- 2mnd: helsesøster og barnevern
- 4 mnd: helsesøster og fysioterapeut
- 7/8 mnd: helsesøster og førskolelærer

Småtrølltreffet: Nettverkstreff med musikk, kafe og trilletur. Samarbeid mellom kultur, foreldreveileder, frivilligsentralen.

Samarbeid jordmor, fastlege og helsesøster: Hvis man strever- spesielt med rus, psykisk helse eller vold, kan man få tettere oppfølging og hjelp for å forberede seg til foreldrerollen.

I dag er helsestasjonen en ufarlig arena som opp imot 100% av foreldrene bruker aktivt. Hvordan reagerer foreldrene på at flere faggrupper kommer inn i helsestasjonen? Og hvordan reagerer foreldrene på at helsestasjonen aktivt retter oppmerksomheten sin – ikke bare mot barnet og foreldrekompetansen, men også mot foreldrenes egne utfordringer?

Vi ønsker å få belyst både fordeler og ulemper ved at flere faggrupper kommer aktivt med inn på helsestasjonen og er med i en del av helsekontrollene rundt den gravide og rundt barnet. Oppfølgingsspørsmål som kan flettes inn hvis temaet kommer opp.

Info: Samarbeid rundt voksenrollen:

- a. Fastlege i samarbeid med jordmor og evt helsesøster på helsestasjonen
- b. NAV i samarbeid med helsestasjonen
- c. Sykepleier fra kommunens voksenpsykiatri som et tilbud i helsestasjonen

Info: Samarbeid rettet mot barnet: Fagpersoner inn på helsestasjonen generelt med informasjon og i oppfølging rundt barn som trenger det

- a. Barnevern
 - b. Fysioterapeut
 - c. Førskolelærer
2. Diskuter de forskjellige fagpersoners tilstedeværelse på helsestasjonen. Hvor viktig er de forskjellige fagfeltene?
 3. Hvordan kan Nav være en ressurs i graviditeten og sped og småbarnstiden. Hva tenker dere at Nav her kan bidra med?
 4. Hvordan kan sykepleier i psykisk helse være en ressurs i sped og småbarnstiden? Hva kan hun bidra med?
 5. Hvordan kan barnevernet være en resurs i graviditeten og i sped og småbarnstiden? Hva kan denne tjenesten bidra med?
 6. Hvordan kan helsesøster være en ressurs for dere i graviditeten og i sped og småbarnstiden? Hva kan denne tjenesten bidra med?
(Er det noen av disse tjenestene som er unaturlig å bruke på helsestasjonen?)
 7. Har dere som foreldrene nytte av den utvidede staben av fagfolk som under prosjektet er tilgjengelige på helsestasjonen ukentlig?

Generelt:

- 8. Hvilke steder og til hvilke fagfolk mener dere som foreldre at det er naturlig å henvende seg for å få veiledning, eller for å presentere en bekymring dere har når dere venter barn eller har små barn?**
- 9. Hvordan skal fagpersonell opptre for å hjelpe foreldre med sin voksenrolle? Syns dere som foreldre at fagpersonellet finner ut av foreldrenes utfordringer på en god måte? Da tenker vi både utfordringene rundt det å få barn og utfordringer en selv strever med som voksenperson?**
- 10. Hva tenker dere er viktig å vite om det å være foreldre? Hvor er det naturlig å hente denne kunnskapen?**
- 11. Når dere som foreldre har en utfordring, blir denne godt nok fulgt opp med denne ordningen? Er det ting her som kunne vært gjort annerledes?**

Spørsmål til fagfolk:

- Syns dere at dere får en raskere og mer flerfaglig tilnærming til gravide og foreldre med utfordringer?
- Og blir det en enklere tilnærming til en problematikk, uten lange henvisninger?
- Gjør samarbeidet med andre fagfolk at vi raskere oppdager problematikk rundt rus, psykisk sykdom og vold?

Jeg ønsker å evaluere et prosjekt som startet opp 7/9-2010 på helsestasjonen. Prosjektet er en del av Modellkommuneprosjektet fra statlig hold, gjennom buf- etat. Kommunen er med i Modellkommuneprosjektet ut 2014.

Dette er et grunnlag for fokusintervjuet. Det brukes ikke direkte i intervjuet.

**"ÅPEN HELSESTASJON"
TRYGGHET OG TRIVSEL FOR
SMÅBARNSFAMILIEN
PÅ SÅGÅTUNET**

• MØTEPlass FOR GRÅVIDE OG FORELDRE

• HVER TIRSDAG

• KL 12.00-13.00

• KL 12.10-12.30:

• INFORMASJON PÅ VENTEROMMET

- SE TEMALISTE

DROP IN

• KL 12.00-13.00:

• ÅPEN DØR INN TIL:

-HELSEsØSTER

-BARNVEVERN

-NAV

-VOKSENPSYKIATRI

• FOR SPØRSMÅL FORELDRE HAR

-- INGEN FOR STORE, INGEN FOR SMÅ



Temaliste for «Åpen helsestasjon»:**Ansvarlige for temaene –
Plan for høsten 2012**

Dato	Ansvarlig tjeneste og person	Informasjon / tema:
14.08.12	Vivi	Ikke tema i dag, kun kontakt
21.08.12	Heidi	Ingen tema
28.08.12	NAV - Bente	Hvordan finne fram på internett: nav.no
04.09.12	Fysioterapi - Lisbeth	Barnets motoriske utvikling
11.09.12	Helsestasjon – foreldreveileder Gry	Marte Meo en metode for samspill mellom foreldre og barn
18.09.12	Voksenpsykiatri-Merete	Samspill mor og barn
25.09.12	Barnevernet	Foreldrerollen sett fra barnevernets ståsted. Informasjon om barnevernsarbeid
02.10.12	NAV – Gro	Informasjon om NAV
09.10.12	Helsestasjon - Vivi	Vaksiner ved sydenreiser
16.10.12	Fysioterapi - Lisbeth	Hvordan ”finne tilbake til kroppen sin” etter svangerskapet? Frisklivsentralen
23.10.12	Helsestasjon – Gun May	Trøst, hva er det? Spedbarnet og barnets behov
30.10.12	Avd. brannvern – Knut Arild	Brannvern i hjemmet
06.11.12	Helsestasjon - Elisabeth	Samspill
20.11.12	Inger	Når barn skader seg/førstehjelp
27.11.12	PPT -	Språk?
04.12.12	Gunn	Barnehagesøknad
11.12.12	Helsestasjon – Anne Eli	Jul
18.12.12	Tonje	Ingen tema

Plakat:

SMÅTRØLLTRÆFF

på kulturskolen på Haugen:
Småtrølltræff er et **GRATISTILBUD** for barn i alderen 0-2 år og deres foreldre. Tilbudet er et nært samarbeid mellom helsesøstertjenesten, kulturskolen og frivilligsentralen.

Datoer høst 2012: Uke 35: onsdag 29.08.12, uke 36: 05.09.12, uke 37: 12.09.12, uke 38: 19.08.12, uke 39: 26.09.12 (uke 40: Høstferie), uke 41: 10.10.12, uke 42: 17.10.12, uke 43: 24.10.12, uke 44: 31.10.12, uke 45: 07.11.12

Klokkeslett og aldersinndeling:

Klokka 10.00: Musikkstund for foreldre med barn i alderen 0 mnd. - 8 mnd.:

klokka 12.00: Musikkstund for foreldre med barn i alderen 9 mnd. - 2 år:

Hva gjør vi på Småtrølltræff?

Vi starter dagen med musikkstund tilpasset de små inne på kulturskolen. Deretter er det duket for kafé. Etter kaféen går vi ut på felles trilletur. På Småtrølltræff får du muligheten til å bygge nettverk og bli kjent med andre. Du trenger ikke å melde deg på, bare møte opp på kulturskolen. Velkommen til en trivelig formiddag fylt med musikk, lek, skravling og frisk luft!

På Småtrølltræff vil du møte Gry Olstad som er foreldreveileder i helsesøstertjenesten. Fra kulturskolen vil Benedikte Narum Jenssen lede musikkstunden. Frivilligsentralen v/Lise Østbye står for organisering av Småtrøllkaféen.

Dersom du lurer på noe kan du gjerne ta kontakt med Benedikte eller Gry:

benedikte.jenssen@vestre-toten.kommune.no / 61198432

gry.olstad@vestre-toten.kommune.no / 61153540

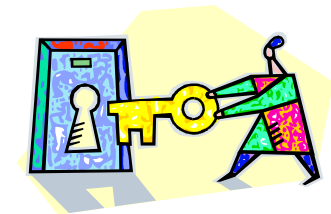
SPONSORER:

**Vestre Toten Sanitetsforening
Eina Sanitetsforening
Lions Club**

VELKOMMEN!

2 mnds, 4mnds og 7/8mnds gruppetreff på helsestasjonen:

FELLES INNLEDNING PÅ ALLE TRE INNKALLINGENE:



Raufoss 14.10.11

Til foreldre.

Vi har nå utvidet helsestasjonstilbudet dere har dette første året.

Tidligere hadde vi 4 mnd gruppe og 7/8 mnd gruppe med 4 barn - født tidsmessig nær hverandre, - en felles kontroll hos helsesøster.

Det har vært en del frafall fra disse gruppene, og med så få barn sammen, blir det sårbart.

Samtidig er helsestasjonen blitt et sted for tverrfaglig tilbud til foreldrene.

Vi prøver derfor et nytt gruppetilbud som går ut på at alle barn født den samme måneden får tilbud om å treffes ved 2 mnds alder, 4 mnds alder og 7/8 mnds alder. Ved disse gruppene vil barnevern, fysioterapeut og førskolelærer være med oss, hver sin gang.

Info til 2 MNDS KONTROLLEN:

Du får nå time til en 2 mnd gruppe hvor helsesøster og barnevernspedagog informerer og er tilgjengelig for spørsmål. Gruppen varer 1 time som tidligere.

Dagens program blir rundt temaene:

- Ernæring
- Søvnrutiner
- Foreldrerollen
- Samspill med barnet

Info til 4 MNDS KONTROLLEN:

Du får nå time til en 4mnd gruppe hvor helsesøster og fysioterapeut informerer om 4 mnd barnet og dets behov. Gruppen varer 1 time som tidligere.

Dagens program blir rundt temaene:

- Amming og annen ernæring
- Søvn og rutiner
- Barnets behov og praktiske hverdag
- Samspill mellom foreldre og barn
- Motorisk utvikling av barnet
- Utstyr

Info til 7/8 MNDS KONTROLLEN:

Du får nå time til en 7/8 mnd gruppe hvor helsesøster og førskolelærer informerer og er tilgjengelige for spørsmål. Gruppen varer 1 time som tidligere.

Dagens program blir rundt temaene:

- Ernæring
- Søvnrutiner
- Oppstart i barnehage
 1. Rutiner og utstyr
 2. Tillitt foreldre/personalet
 3. Foreldreansvar
 4. Smitte/ sykdom