

BACHELOROPPGÅVE

Korleis kan tverrfagleg samarbeid bidra til å styrke omsorgssituasjonen til barn med psykososiale vanskar?

av
kandidatnummer 64
Gyda Stalheim Meldahl

Sosialt arbeid

BSV5-300

Mai 2015



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

64 - Gyda Stalheim Meldahl

JA NEI

Innholdsliste

1 Innleiing	2
2 Metode	3
2.1 Vurdering av litteraturen.....	3
2.2 Litteratur.....	4
3 Teori – Perspektiv	5
3.1 Bronfenbrenner sin utviklingsøkoklogiske modell	5
3.1.1 Sosialisering	5
3.2 Tverrfagleg samarbeid.....	5
3.2.1 Førsetnad for det tverrfaglege arbeidet.....	6
3.3 Systemperspektiv	7
3.4 Indikativ førebygging	7
4 Avgrensing av problemstilling og omgrep.....	8
4.1 Psykososiale vanskar	8
4.2 Omsorgssituasjon	8
4.3 Tverrfagleg samarbeid.....	9
4.3.1 Individuell plan (IP).....	10
4.3.2 Ansvarsgrupper	11
5 Kvifor er samarbeid ein styrke i møte med psykososiale vanskar?	12
5.1 Samarbeid med spesialisthelsetenesta	13
5.2 Felles problemforståing.....	15
5.3 Ansvarsfordeling.....	15
5.4 Samarbeid ved behov	17
5.5 Tidleg intervensjon og systemretta arbeid.....	19
5.6 Tverrfagleg samarbeid i praksis.....	19
5.7 Foreldresamarbeid	21
6 Avslutning	22
Litteraturliste.....	24

Samandrag

Tema for oppgåva er tverrfagleg samarbeid i møte med barn med psykososiale vanskar. Det ser ut til at hjelpeapparatet no rettar merksemd på kompetanseheving og auka innsats innanfor området. Problematikken er samansett og for å forstå årsaka til vanskane må dei sjåast i samanheng og heilskap med barnet sin omsorgssituasjon. Ei utfordring her er at barn som kjem under eit hjelpeapparat, ser ut til å ha vanskar med å få hjelp frå andre instansar. Dette kan sjåast i samanheng med profesjonsutøvarane sin kunnskap om andre instansar sine oppgåver og tolking av institusjonelle rammer. For å orientera seg i dei samansette vanskane vert det naudsynt å jobba systemretta for å få eit bilete av barnet i ulike kontekstar, og slik utforme heilskaplege hjelpetilbod tilpassa det einskilde barn. Det handlar om at instansane delar kunnskap og slik kjem fram til ei felles forståing av kva vanskane til barnet består av. Dette kan bidra til å utforma hensiktsmessige tiltak for å avhjelpa vanskane. Koordinert hjelp kan bidra til tett oppfølging og slik skape stabilitet i barnet sin omsorgssituasjon. Problemstillinga mi lyder som følgjer, korleis kan tverrfagleg samarbeid bidra til å styrke omsorgssituasjonen til barn med psykososiale vanskar?

1 Innleiing

I denne oppgåva, vil eg fokusere på tverrfagleg samarbeid i høve til samansette vanskar hos barn. Samfunnet er i kontinuerlig endring og dette påverkar barna sine oppvekstkår. Det har skjedd endringar i familiemønster og organisering av barnet sin kvardag. Som (Frønes, 2010, s. 32) forklarar kjem sosialisering, barn si oppvekst og kompetanseutvikling i sentrum for merksemd, ettersom kompetanse er den sentrale bærebjelken i samfunnet. Skulen er i dag ein viktig inngang til sosial integrasjon og seinare bileten til ein posisjon i arbeidslivet. Sosial eksklusjon i samfunnet i dag, vert sett i samanheng med vanskar i skulen. Slik vert sjølv små åtferdsvanskar hos barn ein risiko, fordi dei kan skapa vanskar i skulen (Frønes, 2010,s.32). Det er difor viktig å fange opp desse barna på eit tidleg tidspunkt. Det er mange faktorar som har påverknad på familielivet og slik på barnet sin oppvekst. Endringane i samfunnet krev at ein som del av hjelpeapparatet er open for å arbeide på nye måtar for å yta hensiktsmessig hjelp. Glavin og Erdal (2013, s.22) viser til at psykososiale vanskar blant barn i dag er aukande. Dei psykososiale vanskane er samansette og for hjelpeapparatet som står ovanfor desse komplekse vanskane, krev det samarbeid på tvers av profesjonar for å sjå samanhengar og heilskapen i situasjonen. Slik kan samarbeidet bidra til at instansane får ei felles forståing av vanskane og at tiltaka vert tilpassa det einskilde barn. Mitt syn er at kunnskap om tverrfagleg samarbeid er nyttig, då det ser ut til at det vil verta eit aukande behov for å nytte ei slik tilnærming i møte med samansette vanskar. Eg vil vektlegga tydelegheit i ansvarsavklaring mellom ulike delar av hjelpeapparatet, då dette kan hindre at barna fell mellom ulike ansvarsområde på grunn av at vanskane er vanskelege å definere. Det at samfunnet endrar seg krev at ein er medviten innanfor eige fagområde, då krav til profesjonsutøvinga endrar seg. Smedstad (2011) seier at innhaldet i funksjonane til yrkesutøvarane ikkje er statisk og utviklar seg takt med samfunnsforhold og organisering . Mitt syn er at eit systemfokus er nyttig å leggja til grunn for å forstå kompleksiteten i vanskane til barnet og for å forstå samarbeidet mellom dei ulike profesjonsutøvarane. Eg kjem i oppgåva til å svare på følgjande problemstilling

Korleis kan tverrfagleg samarbeid bidra til å styrke omsorgssituasjonen til barn med psykososiale vanskar?

Sentrale omgrep i problemstillinga mi, er tverrfagleg samarbeid, omsorgssituasjon og psykososiale vanskar, eg kjem tilbake til ei definering av omgrepa og kva eg vil rette merksemd på innanfor dei ulike områda.

2 Metode

Eg har vald å nytta litteraturstudie som framgangsmåte for å innhente kunnskap til å svara på problemstillinga mi. Det å gjennomføre eit litteraturstudie vil som Støren (2013, s.17) forklarar seie å innhenta litteratur som allereie eksisterer. Eg valde å nytta eit litteraturstudie, då det ligg føre god litteratur på området. Eg får då dekkja eit breiare spekter av problemstillinga mi, enn eg ville gjort ved å gjennomføre egne empiriske undersøkingar. Problemstillinga krev at eg samanfattar kunnskap om tverrfagleg samarbeid og utfordringar i møte med psykososiale vanskar. Litteraturstudiet gir moglegheit til å skapa ei god oversikt over problematikken og gangen i tverrfagleg samarbeid. I søkjeprosessen har eg nytta biblioteket si søketeneste «Oria», i tillegg har eg søkt direkte i databaser som Høgskulen gir tilgang til. Eg har nytta søkeord som «psykososiale vanskar», «tverrfagleg samarbeid» og «barn og ungdom». Ved å inkludere barn og unge i søket, vart søket meir avgrensa og litteraturen meir retta inn mot problemstillinga. I tillegg til å nytta primære kjelder, som forskingsartiklar, har eg nytta fagbøker for å få ei heilskapleg tilnærming til prosessen i det tverrfaglege samarbeidet.

2.1 Vurdering av litteraturen

Kjeldekritikk går ut på å vurdera og karakterisera den litteraturen som er nytta (Dalland, 2000,s. 68). Eg kjem til å gjere greie for sentral litteratur og belyse relevans i høve til drøftinga. Studiet mitt er i stor grad basert på kvalitativ orientert forskning, som Fuglestad (2013, s.134) seier er det ikkje tale om generalisering av resultatet, men om kunnskapen kan vera nyttig i nye situasjonar. Det handlar om at ein føretek grunngjevne vurderingar av funn i studiar som kan nyttast som inspirasjon til framtidige situasjonar. I forskinga eg har funne fram til er det gjennomgåande dei same suksessfaktorane og utfordringane i høve til tverrfagleg samarbeid og psykososiale vanskar som går igjen. Ei systematisering av desse funna, knytt til problemstillinga mi kan vere til inspirasjon for utøving av praksis på området. Som Dalland (2000,s.69) vektlegg er det viktig å vurdera om litteraturen er tilstrekkeleg i høve til situasjonen i dag. Eg har difor vore medviten på å sjå om den eldre forskinga eg har nytta samsvarar med nyare forskning på same området.

2.2 Litteratur

Eg vil her gjere greie for sentral litteratur eg har nytta i studiet og kvifor det er relevant i høve til mi problemstilling. Eg vil og gjere ei vurdering opp i mot litteratur eg har nytta og i kva samanheng eg nyttar litteraturen.

Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspectives av Elisabeth Willumsen og Lillemor Hallberg (2003)

Studiet tek utgangspunkt i profesjonelle si erfaring med tverrfagleg samarbeid i høve til unge med psykososiale vanskar som bur på institusjon i Noreg. Ut i frå studiet utvikla forskarane ein samarbeidsmodell som tek utgangspunkt i at samarbeidet er ein prosess som krev både dei profesjonelle sine bidrag og interaksjon. Eg vil nytta deira forskning for å belysa ulike sider ved samarbeidsprosessen, og kva som skal til for å oppretthalda samarbeidet.

Tverrfaglig samarbeid i og utenfor ansvarsgrupper av Ann Elise Rønbeck (2007)

Artikkelen er basert på ei større studie, (Rønbeck, 2004) som omhandlar profesjonsutøvarar og foreldre sitt arbeid med elevar som har omfattande vanskar. Merksemda er på det tverrfaglege arbeidet, spesielt på bruken av ansvarsgrupper. Fokuset er på korleis samarbeidet føregår og på medverknad. I drøftinga vil eg nytte studiet til å belyse kva som styrkar samarbeidet.

«De kan ikkje bare sitte og sei sånn utifra et kontor» av Elisabeth Willumsen (1999)

Willumsen har utført eit kvalitativ studie av aktørar og relasjonar i samarbeid om barn og unge med psykososiale vanskar. Studiet rettar merksemd mot aktørane i samarbeidet sine erfaringar med det tverrfaglege arbeidet. Ein får innsikt i korleis aktørane påverkar samarbeidet og korleis relasjonane utviklar seg. Dette er nyttig kunnskap når det gjeld utvikling av samarbeid.

Grenser for makt og ansvar: Institusjonelle rammebetingelser og praktisk handling i samarbeidet mellom barnevernstjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) av Ingerid Aamodt (2009).

Aamodt belyser gjennom sitt arbeid korleis institusjonelle rammer og yrkesutøvarane sin praksis heng saman når dei ulike profesjonsutøvarane inngår i samarbeid med kvarandre og familiar. Medvit kring slike prosessar kan motverke at organisatoriske hindringar vert

individualisert og ansvarsfråskriving frå dei einstilte profesjonsutøvarane. Slik vert merksemda retta mot etablert praksis og utforsking av rammer.

3 Teori – Perspektiv

3.1 Bronfenbrenner sin utviklingsøkoklogiske modell

Ved å ha fokus på tverrfagleg samarbeid i møte med barn med psykososiale vanskar, vil eg legge vekt på eit heilskapleg perspektiv i omsorgssituasjonen til barnet, og korleis systema gjensidig påverkar kvarandre. Sentralt å leggja til grunn her er Bronfenbrenner sin utviklingsøkoklogiske modell. Teorien tek utgangspunkt i at barn vert sosialisert av erfaringar på mikro- meso -ekso- og makronivå. Eg nemner i korte trekk dei ulike nivåa, mikronivå vil seie korleis barnet vert påverka i det direkte samspelet, med foreldre og med andre barn i barnehagen og skulen. Læringa skjer gjennom at barnet sjølv deltek i aktivitetar eller observerer andre og i familielivet gjennom grensesetting, sosial læring og samspel. Mesonivået vil seie samspelet mellom sosialiseringkjeldene på mikronivået, barn med gode erfaringar i familien, har gode føresetnader for å lukkast innanfor andre mikronivå som skulen. Barn som manglar fremjande samspel i heimen, kan få vanskar i møte med skulen. Barnet sin omsorgssituasjon kan og verta påverka av utanforliggjande faktorar, det er då snakk om eksonivået. Eksempel på dette kan vere familiar med dårleg økonomi, der situasjonen skaper reaksjonar som gjer at foreldra ikkje klarer å gi omsorga barnet har behov for. Til slutt kjem makronivået, her er det snakk om overordna verdiar og tradisjonar i samfunnet som påverkar kva verdiar som vert overført til barna (Bunkholdt og Sandbæk, 2011, s.108).

3.1.1 Sosialisering

Gjennom sosialisering tileignar ein seg kunnskap, ferdigheitar og meiningar som skal til for å verta eit fullverdig medlem i samfunnet. Det er tale om ein prosess der vi vert forma som menneske (Schiefløe, 2003,s.288).

3.2 Tverrfagleg samarbeid

Det tverrfaglege arbeidet er ei arbeidsform, der ulike instansar går saman på tvers av faggrensar for å nå eit felles mål. Som Glavin og Erdal (2013, s. 21) forklarar er ikkje samarbeidet eit mål i seg sjølv, men eit middel til å nå dei måla ein har i arbeidet rundt barnet.

Det vert vektlagt at tverrfagleg samarbeid gir ein større moglegheit for å få fram heilskapen i situasjonar kor barna har samansette vanskar. Gjennom det tverrfaglege arbeidet vil instansane kunne få eit heilskapleg perspektiv, ved at dei ulike instansane har sine spesielle kunnskarar som igjen kan samlast og gi ei felles forståing av kva hjelp barnet treng. Dei ulike yrkesutøvarane vil ut i frå i rolle og arbeidsstad ha ulike moglegheiter for observasjon og kjennskap til barnet (Glavin og Erdal, 2013, s. 23). Lauvås og Lauvås (2004, s. 17) presiserer at det tverrfaglege samarbeidet er naudsynt i det moderne samfunnet, ettersom samfunnslivet har vorte så sektordelt og kunnskapen så spesialisert at heilskapen og samanhengar vert vanskeleg å handtera. Glavin og Erdal (2013, s.24) knyter det tverrfaglege arbeidet opp i mot tidleg intervensjon, ettersom dei ser at samarbeidet kan gi moglegheiter for å setja tiltaka inn på eit tidleg tidspunkt. Som dei seier handlar det om å nytta alle sin kompetanse til barnet sitt beste.

3.2.1 Føresetnad for det tverrfaglege arbeidet

Problemforståing

Det at samarbeidspartnerane har ei felles problemforståing er viktig for at samarbeidet skal lukkast. Om yrkesutøvarane har ulik forståing av problemet, kan det hindre at ein kjem fram til eit felles mål. Ei felles målsetting er naudsynt for framgang i samarbeidet, det kan føre til at ein finn felles strategiar for å nå måla. Det er og naudsynt med ei tydeleg ansvarsfordeling, hindringar som er tilstade bør drøftast (Glavin og Erdal, 2013, s. 35).

Kunnskap og kompetanse

Det å ha kunnskap om andre instansar er viktig når ein skal arbeida tverrfagleg (Willumsen 2006, sitert i Glavin og Erdal, 2013, s.46,). Det handlar om å vite kva roller og ansvar yrkesutøvarane har. Skal samarbeidet fungera, må det i tillegg til deltakerane sin fagkompetanse utviklast ei felles kompetanse. For å utvikle kompetanse på området, kan det nyttast vegleiing og refleksjon.

Foreldresamarbeid

Glavin og Erdal (2013, s.69) meiner at for å oppnå barnet sitt beste i arbeidet, må det vere eit opent samarbeid med foreldra. Det å involvere foreldra kan bidra til at barnet får den hjelpa dei har behov for tidlegare, foreldra er difor viktige samarbeidspartnerar for dei som jobbar i hjelpeapparatet (Glavin og Erdal 2013, s.24)

3.3 Systemperspektiv

Eg vil retta merksemda mot det å sjå individsaker i systemperspektiv. Det vil som Fandrem og Roland (2013,s.27)forklarer, seie å sjå kva konteksten har å seie når eit barn er i vanskar. Som det vert uttrykt, «det er ikkje vanskelege barn, men barn som er i vanskar». Deltakerane i eit sosialt system vert påverka og påverkar både enkeltdelane i delsystemet og heilskapen dette står i. Det er tale om komplekse og dynamiske prosessar der interaksjon står sentralt.

Midthassel og Fandrem, (siteret i Fandrem og Roland, 2013, s.27) forklarar at systemperspektiv i vidare tyding, handlar om gode strukturar for samarbeid. Det vil seie at instansane gjennom gode strukturar for samarbeid, kjem fram til ei felles forståing av vanskane til barnet ved å nytta kunnskap frå andre institusjonar og fagområder, i tillegg til det ein har av kompetanse frå eiga instans. Systemperspektivet handlar og om å arbeide slik at ein ikkje berre løyser saka, men også førebyggjer gjennom at det i samarbeidet vert utvikla nye strukturar(Fandrem og Roland, 2013, s.27). Det er eit heilskapsperspektiv i arbeidet. Som Midthassel og Fandrem, seier (vist til i, Fandrem, Fuglestad & Løge s.154,) handlar det om at tiltaka vert sette inn i ulike system, og eit breiare samarbeid mellom individ frå ulike institusjonar.

3.4 Indikativ førebygging

Eg vil ha merksemda retta mot tverrfagleg samarbeid i individsaker. Det vil seie at eg har fokus på indikativ førebygging i møte med barn som har psykososiale vanskar. Indikativ førebygging, vil seie at tiltaket er retta mot enkeltpersonar som har høg sjukdomsrisiko eller høgt symptomnivå (Straand, 2011, s.29). Dette er barn om treng hjelp frå fleire instansar og som utfordrar hjelpeapparatet i høve til samordning og koordinering av tenester (Andersson, 2005). Eg vil i denne samanhengen ikkje ha fokus på universell førebygging, som vil seie tiltak retta mot alle barn i ein populasjon eller sosial kategori, eller på selektiv førebygging der tiltaka rettar seg mot spesielle risikogrupper barn (Glavin og Erdal, 2013, s.33). Indikativ førebygging påverkar konteksten for det tverrfaglege samarbeidet og kva tiltak som vert nytta. Ettersom eg vektlegg indikativ førebygging i det tverrfaglege arbeidet, vil eg ha merksemd på etablering av grupper for det einskilde barn som treng samordna innsats frå hjelpeapparatet. Det vil her vere tale om samarbeid mellom ulike instansar, samt samarbeid med foreldra til barnet.(Glavin og Erdal,2013, s.157).

4 Avgrensing av problemstilling og omgrep

Problemstillinga mi er omfattande, eg vil difor byrja med å gjere greie for omgrepa eg nyttar og korleis eg vel å avgrense desse. Altså kva fokus eg vil ha innanfor dei ulike områda. Eg vil byrja med å forklare psykososiale vanskar.

4.1 Psykososiale vanskar

I oppgåva mi er det tale om barn med psykososiale vanskar. Som Söderström (2011, s.161) forklarar er ikkje dei psykososiale vanskane berre tilhøve ved individet, det handlar og om barnet sin omsorgsgivande kontekst og forholda i familien. Dei psykososiale vanskane må slik sjåast i samanheng med fleire faktorar. Vanskane kan sjåast som fleire lag, ein må inkludera det biologiske, det psykologiske, dei nære relasjonane og den større sosiokulturelle konteksten (Söderström, s.171). Som det står i NOU 2009:22, nyttar tenesteytarar av hjelpeapparatet ofte omgrepet psykososiale vanskar, og ofte vert ikkje omgrepet nærare spesifisert. Det finnes ulike definisjonar rundt omgrepet, NOU 2009:22 viser til Kvello (2008) sin definisjon som forklarar psykososiale vanskar som ein samanslåing av psykiske og sosiale vanskar. Problem som går igjen blant barna som treng hjelp, er psykiske vanskar, utrygge oppvekstvillkår, åtferdsvanskar og lære vanskar. Det er ofte slik at barna ikkje berre har eit av problema, men fleire (NOU,2009:22). Slik ser ein at dei psykososiale problema er komplekse, det vert difor vanskeleg å avgrense omgrepet. Eg tenkjer difor ikkje definere kva problematikk samarbeidet skal omfatte, men korleis dei ulike delane av hjelpeapparatet kan styrka omsorgssituasjonen til barna som har slike samansette vanskar og som treng hjelp frå fleire instansar. Som Söderström (2011, s.159) forklarar er det fleire årsaksfaktorar som vil spele saman for korleis problemet arter seg, problemet som viser seg vil sjeldan ha ein tydeleg samanheng med det som ligg under overflata. Det er difor behov for ulik kunnskap på området for å løyse problema. Eg kjem tilbake til omfang av denne type vanskar og på kva måte hjelpeapparatet bør samarbeide for å møte dessa barna sine behov på best mogleg måte.

4.2 Omsorgssituasjon

Når eg snakkar om omsorgssituasjonen til barnet, tenkjer eg omsorgssituasjon i ei vid tyding. Med dette meiner eg alle dei forhold og instansar som påverkar barnet si utvikling. Eg vel å nytta meg av definisjonen til Bunkholdt og Sandbæk (2008, s.105) som forklarar omsorgssituasjon som alle forholda ein familie lever under, som kan tenkast å tyde noko for barna si moglegheit for å dekkja viktige behov og læringsmoglegheiter slik at dei utviklar kompetanse. For å setja inn hensiktsmessige tiltak må ein få ei oversikt over kva forhold som

påverkar barnet sin omsorgssituasjon. Det kan vera tilhøve ved barnet, foreldra, samspel mellom barn og foreldra, familien sin sosiale og materielle situasjon, samt økonomi og nettverk (Bunkholdt og Sandbæk, 2008, s.105). Det vil vere behov for å ha eit heilskapsperspektiv i møte med det einskilde barnet og foreldra deira, for å finne ut kva område hjelpa bør rettast mot. Når eg tenkjer omsorgssituasjonen er ein som tenesteutøvar i hjelpeapparatet ein del av den, ein møter barnet i ulike situasjonar, men felles er at alle jobbar med omsorgssituasjonen til barnet. Den einskilde tenesteytar tek med seg sin faglege identitet i samarbeidet, som Nygren (2011, s. 64) legg vekt på vil eit samarbeid verta meir fruktbart om dei ulike profesjonsutøvarane legg vekt på noko som dei definerer som felles. Her kjem omgrepet barneomsorg inn, barneomsorg vert sett som eit hovudomgrep som fangar dei faglege instansane si kjerne, denne kjernen er meint som eit verktøy for å orientera seg i yrkesutøvinga (Nygren, 2011, s.64). Slik vil det å ha ei felles forståing av arbeidet, styrka samarbeidet mellom instansane. I omgrepet barneomsorg ligg ulike former for omsorg, som behov, utvikling og oppseding. Gjennom dei ulike aspekta ved omgrepet kan ein få eit heilskapleg bilete av barnet sin situasjon. Dei ulike instansane kan bidra med si forståing i eit felles prosjekt, å sørge for barnet sine behov, utvikling og oppseding. Difor vert kunnskap om barnet sine biologiske, psykiske og sosiale føresetnadar og utvikling ein viktig del i arbeidet med omsorgssituasjonen (Nygren, 2011, s.65). Det er difor heilt sentralt i samarbeidet at dei ulike instansane utvekslar kunnskap og eiga forståing, etter som dei har kompetanse på vidt forskjellige område.

4.3 Tverrfagleg samarbeid

Som Nygren (2011, s.62) forklarar vert nytten av det tverrfagleg samarbeidet i dag meir og meir understreka. For å sikra at barna får den hjelpa dei treng, er foreldra viktige samarbeidspartnerar for profesjonsutøvarane. Viktigheita av å involvera foreldra, kjem eg tilbake til. Samarbeid på tvers av profesjonar er viktig for å finne høvelege tiltak for den einskilde. Samarbeidet kan bidra til differensiert støtte og hjelp, som rettar seg mot behovet til det einskilde barn og familien (Glavin og Erdal, 2013, s.24). Når eg drøftar det tverrfaglege arbeidet rundt barn med psykososiale vanskar, vil eg som forklart ha fokus på indikativ førebygging. Dette er barn som har spesielle behov, som vanlegvis først kjem inn under ein hjelpeinstans. Ved å systematisere og lage faste rutinar ved etablering av grupper vil det tverrfagleg samarbeidet rundt desse barna verta ivareteke (Glavin og Erdal, 2013, s.157). Som Glavin og Erdal (2013, s.24) forklarar har samarbeidet mellom ulike instansar ein

sentral del i tiltaksarbeidet i barnevernssaker. Om vi rettar oss mot barnevernstenesteloven nærare bestemd § 3-2 andre ledd, vert barnevernet pålagt å samarbeide med andre etatar og forvaltningsnivå som kan bidra til å løysa oppgåver pålagt etter lova. Altså har barnevernet plikt til å samarbeide med andre instansar for å møte behovet til barnet og den einskilde familie. Ein sentral del her er å kjenne til korleis teieplikt og reglar for samtykke regulerer samarbeidet. Smedstad (2011) viser til at ulike fagmiljø melder at det ikkje er lovverket som hindrar samarbeid, men kunnskap om rammer og moglegheiter. Reguleringane treng difor ikkje vere eit hinder. Samstundes vert det uttrykka eit behov for betre samordning av lovverk. Grunna omfang på oppgåve ser eg det naudsynt å gjere ei avgrensing, eg kjem difor ikkje til å gå inn på korleis teieplikta regulerer samarbeidet, merksemda mi kjem til å vere på yrkesutøvarane si forståing av rammer og ansvar. Instansar som eg kjem til å drøfte som del i det tverrfaglege samarbeidet er barne og ungdoms psykiatri(BUP), barnehage, skule, helsestasjon, pedagogisk- psykologisk teneste (PPT) og foreldra. Kva instansar som inngår i samarbeidet rundt det einskilde barn vil vera avhengig av kva vanskar barnet har. Glavin og Erdal (2013 s.23) vektlegg at samarbeid mellom instansane som arbeider med barnet vil betra kvaliteten på hjelpa som vert gitt til det einskilde barn. Det er fleire faktorar som påverkar om samarbeidet styrkar det tilbodet barnet og familien får. Som eg har forklart vil eg gjennom å ha eit systemperspektiv ha merksemd på kva som skal til for å styrke samarbeidet mellom dei ulike instansane, her og i høve til foreldra.

4.3.1 Individuell plan (IP)

Eg vil her gjere greie for verktøy i samarbeidet som vert nytta for å styrke samhandlinga. Plikta til å utarbeida individuell plan er nedfelt i Barnevernloven, § 3-2a. Individuell plan skal utarbeidast til barn som treng langvarige og koordinerte tiltak eller tenester, dersom det er naudsynt for å gi barnet eit heilskapleg tilbod. Planen skal innehalde alle instansar barnet behøver og instansane skal samarbeide i utarbeidinga av planen(NOU 2009:22). Barnet sine behov vert nedskrive og det skal gå fram korleis behova skal dekkast innanfor ulike område, som på skule, fritid, helse og sosialt nettverk(Andersson, 2005). I IP skal barnet sine mål og interesser inngå. Plikta til å utarbeide IP har og tre andre instansar innanfor Helse- og Sosiallovgivinga, Det er den kommunale helsetenesta, den kommunale sosialtenesta og helseføretaka. Eg viser til plikta til å utarbeida IP i lovverket jf , Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, sosialtjenesteloven § 28, psykisk helsevernloven § 4-1. Og innafor spesialisthelsetenesta i denne samanheng BUP , spesialisthelsetjenesteloven § 2-5.

Plikta kan sjåast som eit felles planverk for instansane og kan bidra til å skapa koordinerte tilbod og betra samarbeidsrelasjonane mellom instansane(NOU 2009:22).

4.3.2 Ansvarsgrupper

Barn med psykososiale vanskar treng hjelp frå fleire instansar, det er difor naudsynt å samordna innsatsen. For å oppretthalda samarbeid mellom faggruppene, og samarbeidet med foreldra vert det ofte danna ei ansvarsgruppe(Glavin og Erdal, 2013, s.157). Ansvarsgrupper er i dag vanleg innanfor barnevernet og i sakar som involvere fleire instansar.

Ansvarsgrupper kan sjåast på som ei form for tverrfagleg forpliktande samarbeid. Gjennom heilskaplege planar vert det sett opp konkrete mål, delmål, tiltak og oppgåvefordeling mellom instansane. Grappa drøftar og følgjer opp planen (Glavin og Erdal, 2013, s.158). Ein viktig del i arbeidet er medverknad i prosessen. Rønbeck(2007) viser til Nygren (1994) sin generelle ansvarsgruppemodell som tek utgangspunkt i fire prinsipp. Ved å følgja prinsippa meiner han medverknad frå brukaren er sjølv sagt. Prinsippa ein skal nytta i møte med barn og familien er heilskapssyn, tenesteytande skal ha barnet i fokus, men samstundes sjå barnet i samanheng med relasjonane som inngår i nettverket deira, og korleis økonomiske og sosiale villkår påverkar familien. Det neste prinsippet subjektssyn er at ein må møte barnet og foreldra som handlande subjekt. Det vil seie at ein skal sjå at dei etter beste evne prøver å ivareta eigne interesser og behov, det handlar om å vise dei respekt. Neste prinsipp er openheits- og tydelegheitssyn, som vil seie at ein skal opptre med full openheit med barnet, foreldra og andre instansar. Det skal også vere ei tydeleg rolle og ansvarsfordeling i arbeidet. Det siste prinsippet er å ha eit utviklingssyn, det vil skje gjennom å la dei andre prinsippa styra arbeidet. Dette vil leggja grunnlag for utvikling hos barnet, familien og profesjonsutøvarane (Rønbeck, 2007). Desse prinsippa kan sjåast på som grunnmur for det meste av det sosialfaglege arbeidet, det handlar om å styrke barnet og foreldra sin situasjon, gjennom at dei sjølv får vere medverkande i prosessen.

Eg har no gjennomgått framgangsmåte for studiet, teori og kva merksemd eg vil ha innanfor omgrepa som ligg i problemstillinga. Eg går no over til drøftinga, der eg skal svare på følgjande: «Korleis kan tverrfagleg samarbeid bidra til å styrke omsorgssituasjonen til barn med psykososiale vanskar?» Eg vil byrja med å gjere greie for behovet for samarbeid i høve til dei komplekse vanskane.

5 Kvifor er samarbeid ein styrke i møte med psykososiale vanskar?

I ein Folkehelse rapport om psykiske lidningar blant barn og ungdom reknar dei ut i frå ei samanfating av fleire større norske undersøkingar at det er rundt 15 – 20 % av barn og unge under 18 år, som har psykiske vanskar som går ut over funksjonsnivået deira. Symptoma går då ut over barna si trivsel, daglege gjeremål, læring og samvær med andre (Mathiesen, 2009). Ein kan slik sjå at talet på barn som har alvorlege vanskar er stort. Eg vil difor rette merksemda mot kva innsats det krev frå hjelpeapparatet for å avhjelpe vanskane barna har på eit tidleg tidspunkt, slik at dei ikkje får utvikla seg og vert større. Som Glavin og Erdal (2013, s. 22) forklarar er dei psykososiale vanskane i dag aukande blant barn og ungdom. Psykososiale vanskar er kompliserte, slik kan ein gjennom å arbeide tverrfagleg ha større moglegheit til å få fram eit heilskapleg bilete av situasjonen til barna. I studien, psykisk helse blant barn og unge i barnevernsinstitusjonar, kjem det fram eit slåande resultat av omfang barn og unge med store og komplekse vanskar. Det kjem fram at så mange som 76% av alle barnevernsbarn i institusjonar har ei form for psykisk lidning, og av desse er det berre 38% som fortel at dei har fått noko psykiatrisk hjelp frå spesialisthelsetenesta. Det viser seg og at angst, depresjon og alvorlege åtferdsforstyringar ofte opptrer samstundes hos mange av dei unge (Kayed, et al., 2015). Ein kan sjå at vanskane barna har er omfattande. Det er gjennomgåande slik at barn innanfor barnevernet oftare har psykiske vanskar og lærevanskar enn andre barn, det vert difor retta merksemd på behovet for eit godt samarbeid mellom ulike instansar for at barna skal få eit godt tilbod (NOU 2009:22).

Rapporten psykisk helse blant barn og unge i barnevernsinstitusjonar viser eit høgt tal unge med samansette vanskar, dette medfører komplekse omsorgsbehov og behandlingsbehov (Kayed, et al., 2015). Dei omfattande vanskane, viser at kompetanse på eit området av barnet sin omsorgssituasjon, ikkje er nok til å ivareta desse barna sine behov. Med dette meiner eg at det må vere større merksemd på systemretta arbeid. Det vil seie at ein må ein ta i bruk kunnskap frå eige og andre fagområde for å koma fram til ei felles forståing for barnet sine utfordringar (Fandrem og Roland, 2013, s. 27). Som Talseth (2011, s.239) forklarar viser det seg at når eit barn kjem inn under ein hjelpeinstans vert det vanskeleg å få hjelp frå andre tenesteapparat. Det er altså eit behov for å samordne tenester til desse barna. Rådet for psykisk helse (2015) seier at det må leggjast betre til rett for samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge slik at dei får omsorga dei treng og helsehjelpa dei har

rett på. For at barn med psykososiale vanskar skal få hjelpa dei har behov for, vil det vere viktig at den instansen barnet kjem inn under, samarbeider med andre deler av hjelpeapparat. Som Aamodt (2009) viser til er bruken av helsetenester og samanheng med problembelastning relativt dårleg. Fokuset her vert også retta mot eit underbruk av psykiske helsetenester i barnevernet. Årsaka som vert medrekna å ligge til grunn for underbruken, er mangel på samarbeid mellom det kommunale hjelpeapparatet og spesialisthelsetenesta. Her må vi sjå på kva utfordringar som ligg i samarbeidet mellom det kommunale hjelpeapparatet og spesialisthelsetenesta. Barn i familiar kor det er både spørsmål om omsorgssituasjon og psykisk helse skapar utfordringar for hjelpeapparatet (Aamodt, 2009). For barnet vil det vere viktig at samarbeidet fungerer godt. Som Willumsen (1999) viser til kan eit godt samarbeid utløysa nyttige ressursar hos barnet og foreldre. Som eg har vore inne på handlar det systemretta om å skape gode strukturar for samarbeid. Kva er det som skal til for at dei ulike instansane kjem fram til tiltak som rettar seg mot det einskilde barn sitt behov. Den einskilde profesjonsutøvar vil ha eit bilete av barnet ut i frå si institusjonstilhøyrslé (Glavin og Erdal, 2013, s.23). Det er difor viktig at aktørane i samarbeidet lyttar til kvarandre, for å få kjennskap til barnet i ein anna kontekst. Dette er naudsynt, då det kan vera mange årsaker som ligg til grunn for eit barn sine vanskar og som spelar saman i barnet si utvikling.

5.1 Samarbeid med spesialisthelsetenesta

I studiet til Rønbeck (2007) kjem det fram at spesialistane skjeldan deltok i ansvarsgruppemøta og om dei kom var det for å formidle sin informasjon. Dei ulike sakene viste at spesialistane i stor grad deltok i utredningsarbeidet, dei jobba då stort sett med barnet på eigen arena. Etter å ha konkludert, trekk spesialistane seg ut. Sett slik kan det verta vanskeleg å skape eit heilskapssyn i møte med barnet, då det ikkje har vore retta merksemd mot dei relasjonane som barnet inngår i og korleis dei sosiale rammene legg føringar for barnet si utvikling. I utredninga vert det nytta testar, observasjonar og samtalar. Informasjonen spesialistane innhentar vert supplert med opplysningar frå lærarar og foreldre (Rønbeck, 2007). Informasjonen frå dei ulike instansane kan vera ulik, ettersom barnet oppfører seg ulikt ut i frå kven dei samhandlar med. Det kjem likevel fram at det er brei semje innanfor dei aktuelle profesjonsgruppene at ei slik utredning fungerer. (Rønbeck, 2007).

På ei anna side kan eit slikt samarbeid synast å verta lite systemretta. Det handlar om å sjå korleis konteksten verkar inn på barnet (Fandrem og Roland,2013, s.27). Som Willumsen (1999) forklarar har spesialistar mynde til å avgjere kva som er vanskane til barnet, utan å ha vore på barnet si daglege arena. Utredninga som vert nytta har stort personfokus, og lite på system (Rønbeck, 2007). Endringane vert slik retta mot barnet, det kan sjå ut til at det ikkje vert retta merksemd mot barnet si omsorg innanfor dei ulike arenaene. Rønbeck(2007) forklarar at det vert vanskeleg for lærarane i skulen å nyttiggjera seg arbeidet spesialistane utfører, ettersom utredninga ikkje omfattar barnet sitt daglege miljø. Slik kan ein tolka at råda vert vanskelege å omsetja i praksis, då hindringar i miljøet ikkje er identifisert. Dette er noko som vert belyst av Willumsen (1999). I møta informerte skulen om barnet si utvikling, då dei ynskte og få råd tilbake. Dette vart vanskeleg, då spesialistane gav råd ut i frå si forståing og dette ikkje alltid var til nytte i kvardagen til barnet. Legg vi no til grunn eit systemperspektiv, kan vi sjå at gjennom ei forståing av problemet, vert ikkje barnet sett i sitt miljø, og slik vert ikkje vurderinga støttande for instansane som arbeider med barnet i kvardagen.

Det kan og sjå ut til at dei kommunale instansane ventar på ei slik utredning før dei sett i verk tiltak. PPT, skule og barnevernstenesta trong kompetanse, som dei forventa å få av BUP. Dei gav uttrykk for at BUP måtte ta ansvar for dette. BUP igjen, meinte at kommunen sjølv måtte leggja til rette for barnet og familien i kvardagen. Tilsette i BUP definerte oppgåvene sine til å vurdere og diagnostisere, det vart vist til at dei ikkje har tilsette som kan sendast til skulen og at ansvaret her er tillagt kommunen (Willumsen, 1999). På grunn av manglande kompetanse vart det eit press frå dei kommunale instansane til at BUP skulle avklare kva vanskar barnet hadde, då ein diagnose kan utløyse ressursar og rettar. BUP igjen uttrykte at ein diagnose ikkje var avgjerande for at kommunen skulle ta eit ansvar. Som det vert sagt «funksjonen er den same uansett om den har eit namn eller ikkje» (Willumsen, 1999). Spesialistane rettar slik merksemd mot å hjelpe barnet i sitt miljø. Dei har eit systemfokus på barnet, ved at dei ikkje ynskjer å avgrense vanskane til ein diagnose, men sjå at det kan vere ulike årsaker til den problematikken barnet viser. Som det vert vektlagt, er ikkje den rette behandlinga for alle barn med lidingar spesialisert behandling, det er noko som må vurderast i kvart enkelt tilfelle.(Bufdir,2015).

5.2 Felles problemforståing

Sett slik bør eit samarbeid byggja på ei nokolunde lik forståing av situasjonen til barnet, slik at tiltaka vert tilpassa konteksten til barnet. Om dei ulike instansane har ulik problemforståing, kan det resultera i at dei jobbar i ulike retningar. Som Glavin og Erdal (2013, s. 45) vektlegg vil ei felles målsetting gjere det lettare å finne felles metodar og strategiar for å nå måla. Rønbeck (2007) viser i til at BUP i to saker var inne som vegleiar for PP-tenesta, skulen og foreldra. Dette vert oppfatta som ein god måte å samarbeide på, då dette fører til at partane saman kan verta samde om tiltak og strategiar i arbeidet. I desse sakene vert det vist til at specialistane i enkelte tilfelle valde eller vart pressa til å trekkja deltakinga i arbeidet meir ut i tid. Dette er noko som og vert beskrive i (Willumsen, 1999) Skulen var avhengig av kompetansen til BUP, då ingen på skulen hadde ei slik kompetanse. Skulen kunne ikkje trekke seg ut av situasjonen eller fråskrive seg ansvaret, noko som førte til at BUP observerte situasjonen på skulen. Både skule og BUP opplevde dette som nyttig. For å sikre at barn med den samansette problematikken som psykososiale vanskar inneberer, ikkje skal falle mellom dei ulike hjelpeapparatet sine ansvarsområder, vert det viktig med ei tydeleg ansvarsfordeling i arbeidet. Litteraturen eg har sett på no viser gjennomgåande at dei ulike delane av hjelpeapparatet har mostridande forventningar til kven som skal ta ansvar for ulike oppgåver. Det er viktig å dra dette fram då utydelegheit i høve til ansvarsområde kan utgjere ein risiko for barn som har omfattande vanskar. Då problemområdet er vanskeleg å avgrense, kan barnet falle utanfor dei ulike instansane sitt ansvarsområde.

5.3 Ansvarsfordeling

Det er viktig å vera bevisst på dei avgrensingane ein gjer innanfor sitt ansvarsområde. Aamodt (2009) seier at barnevernet og BUP står i ein posisjon kor det er eit misforhold mellom dei oppgåvene dei skal løyse, og deira faktiske moglegheiter til å løyse oppgåvene innanfor eigne rammer. Situasjonen resulterer i at instansane gjer ulike avgrensingar (Aamodt,2009). Slik eg ser det kan ansvarsområde tillagt dei ulike instansane, verta skyvd bort ettersom det ikkje lar seg gjennomføre. Slik kan eit samarbeid rundt barn med udefinerbare vanskar medføre risiko for å falle ut i frå den standardiserte praksisen. Som Aamodt (2009) fortel må ein for å gjennomføre daglege arbeidsoppgåvene tillagd eiga profesjon finne løysingar. Dette skjer ved å setja grenser for kva som fell innanfor og kva som fell utanfor instansen sitt ansvarsområde. Det kan slik tenkjast at dei ulike avgrensingane som vert gjort, vert etablert praksis i profesjonsutøvinga. Aamodt (2009) belyser at institusjonelle

rammer, som ho definerer som økonomiske, administrative, juridiske og faglege omsyn, legg føringar i den einskilde sine konkrete handlingar og igjen vert den einskilde sine handlingar tilbakeført til institusjonen og omgjort til kollektive praksisformer. Slik vil ein representant for ein profesjon si handling, kunne føre til ein ny lik handling og det blir den «vanlege» måten å handtere oppgåver på. Slik ser vi korleis systema gjensidig påverkar kvarandre.

Makronivå der vi finn dei institusjonelle rammene legg føringar for relasjonar på mikronivå og samhandlinga på mikronivå vert igjen, etablert i dei institusjonelle rammene. Det er viktig at den einskilde forstår sin instans, for å verke godt i rolla og ta ansvar i fellesskap (Smedstad, 2011) Det er den einskilde profesjonsutøvar som i samarbeidsmøte må gjere ei avgrensing, gjennom å tolka dei institusjonelle rammene ut i si praksis. Dei standardiserte prosedyrane må vurderast i møte med den einskilde barn og familie og i høve til dei andre samarbeidspartnerane (Aamodt, 2009). Slik kan det sjå ut til at det er opp til den einskilde profesjonsutøvar å vurdere kva som er høveleg måte å arbeide på i kvar konkrete sak, og vere fleksibel i sine tilnæringsmåtar. På ei anna side vert den profesjonelle autonomien utfordra, både innanfor barnevern og BUP, det vert stilt større krav til å standardisere måtar å arbeide på ved henvisning/ melding, utredning/ undersøking og behandling/tiltak. Det vert og stilt større krav til kvalitetssikring, dokumentasjon og innsyn, samt produktivitetsmål gjennom tiltaksregistrering(Aamodt,2009). Dette gjer arbeidet til profesjonsutøvarane meir synleg, med dette meiner eg at det vert eit press på den einskilde til å prestere. I uoversiktlege saker der ein møter barn med samansette vanskar, som ikkje let seg plassera under dei standardiserte arbeidsmåtene, vert det stilt store krav til profesjonsutøvar si vurdering. Dette er krevjande saker som ikkje gjer utslag i produktivitetmålinga. Slik eg ser det utfordrar desse barna med psykososiale vanskar etablert praksis. Aamodt (2009) framhevar at den individretta behandlinga gir utteljing, medan tilnæringsmåtar tilpassa barn med samansette vanskar vert nedprioritert. I det ein står i det uløyslege vert det som Aamodt (2009) beskriv ein tendens til å underkommunisere den naudsynte avgrensinga. Dette er prosessar som det er viktig å tenkje over i praksis. Slike avgrensingar kan resultera i individuell ansvarsfråskrivning frå den einskilde profesjonsutøvar. Som Willumsen (1999) såg, kjem slike uklåre ansvarsforhold til overflata i det arbeidet stoppar opp. Det er uheldig at framdrifta stoppar opp for barn som har behov for hjelp frå ulike delar av hjelpeapparatet. Det å avklara ansvarsfordelinga, vil som Willumsen (1999) viser til, gjere det lettare og møte vanskanane til barnet og familien. Å gjere ei tydeleg ansvarsfordeling, kan og gjere at instansane kjem fram til eit felles mål og vidare tiltak i arbeidet. Det kan tenkjast at dei ulike instansane i fellesskap kan koma fram til fleksible løysingar og saman utvide etablerte praksisar. Det å utvide etablerte praksisar må i

like stor grad skje ovanfrå, i følge Glavin og Erdal (2013, s.37) må leiarar på alle nivå ta ansvar for utvikling i samarbeidet.

5.4 Samarbeid ved behov

Bodskapet mitt her er ikkje at ein i alle tilfelle skal nytta samarbeid, men at ein som del av hjelpeapparatet må nytte seg av metoden, når barnet sine behov tilseier at det trengs kompetanse på fleire område. Som forklart er samarbeidet ein metode ein skal nytta for å nå eit mål(Glavin og Erdal,2013,s.45). Fokuset mitt er korleis samarbeidet kan byggje på ei felles forståing av å styrke omsorgssituasjonen til barn med psykososiale vanskar. Willumsen og Hallberg (2007) viser til at dei psykososiale vanskane både er av kompleks og alvorlege grad, slik at denne type problem krev kompetanse frå fleire instansar. Det hjelpeapparatet som fyrst fangar opp barnet vil slik vere avhengig av å få i gong eit samarbeid, for å skape ei oversikt over barnet si livssituasjon. Gjennom det tverrfaglege arbeidet kan ein få tak i mangfaldet og kompleksiteten som fangar det særigne ved barnet sin situasjon . (Kjellevoid, Hærem, Midjo & Willumsen, 1997, s.77). Smedstad(2011) fortel at erfaringar tilseier at tiltak som ikkje vert gitt i samanheng og som ikkje vert sett i eit heilskapleg perspektiv kan forsterka vanskane og gi meir belastning i ein vanskeleg situasjon. Eit heilskapleg perspektiv i arbeidet med psykososiale vanskar kan slik sjåast å gi eit styrka hjelpetilbod. Det å møte det einskilde barn sitt behov vert og presisert i lovverket. Som eg har vist til tidlegare, skal barnevernet samarbeide med andre etatar når det er naudsynt for å løyse oppgåver etter lova, jf § 3-2. Barnevernstenesteloven legg til rette for å møte dei individuelle behova til barnet og familien, når det vert teke slutningar etter lova skal det leggjast avgjerande vekt på kva som er til barnet sitt beste jf § 4-1. Det må slik vurderast i kvar einskilde tilfelle kva som hensiktsmessig hjelp for barnet.

Som eg har forklart vert det stilt større krav til å nytta standardiserte prosedyrar i dei ulike hjelpeapparatet, desse prosedyrane utfordrar tilnæringsmåtar knytt til samansette vanskar. På ei anna side vil instansane møte presset på ulike måtar. Willumsen og Hallberg (2007) fann at profesjonsutøvarane i møte med unge med psykososiale problem, stod ovanfor utfordringar dei ikkje nødvendigvis kunne løysa gjennom dei eksisterande prosedyrane. For å møte barnet sine individuelle behov, måtte dei til med nytenking og refleksjon om kreative løysingar. Dette medførte at involverte instansar måtte utvide grenser når det vart naudsynt. Det handlar

her om å utvida grenser for å svare på den komplekse problematikken til barna. Det er difor naudsynt at ein i samarbeidet finn ut kva dei ulike instansane kan bidra med. Willumsen og Hallberg (2007) fann ut at ein viktig del av arbeidet er å utforske grenser for kva moglegheiter og utfordringar som er lagt til instansane i samarbeidet, og slik få ei oversikt over tilgjengelege tenester og kva ein kan vente seg av støtte frå dei ulike instansane. Willumsen og Hallberg (2007) identifiserte tre kategoriar som såg ut til å halde samarbeid i gang over tid, desse var å byggja nettverk, utvikle tillit og nytta fleksibilitet. Gjennom det å møtast regelmessig, finne struktur for samarbeidet, vert det skapt relasjonar mellom deltakarane. Slik vart det lettare for samarbeidspartnarane å ta kontakt med kvarandre. Det kan tolkast at eit tett samarbeid i ansvarsgrupper kan skape kontinuitet i barnets omsorgssituasjon. Korleis interaksjonen utviklar seg i samarbeidet vert og styrka av tilliten i gruppa. Det handlar om å anerkjenne kvarandre sine bidrag (Willumsen og Hallberg, 2007). Dei psykososiale vanskane er samansette og korleis ein kan avhjelpe vanskane er ikkje tydeleg, deltakerane må drøfte ulike tiltak. Difor er det viktig å støtte kvarandre sine forsøk sjølv når desse ikkje fører fram. Kinge (2012, s. 57) forklarar at det å prøve ut tiltak som ikkje fører fram resultere i frustrasjon og ei kjensle av at ein ikkje strekker til. For at samarbeidet skal føre fram går faktoren fleksibilitet igjen, her inngår fordeling av ansvar og oppgåver, forhandlingar rundt problemforståing og merksemd mot å prøve ut nye løysingar i den komplekse situasjonen. Deltakerane i samarbeidet må slik ha opne diskusjonar og det må vere rom for å kunne vere ueinige. Sett opp i mot Nygren sin ansvarsgruppemodell (vist til i, Rønbeck, 2007), vert det her vektlagt å vere open med samarbeidspartnarane og vere tydeleg på roller og ansvarsfordeling. Det handlar om å få ei oversikt over dei ulike instansane sitt bidrag. Kjernekategorioren som vart identifisert i samarbeidet var handlingskompetanse (Willumsen og Hallberg, 2007).

Willumsen og Hallberg (2007) fann i si forskning at yrkesutøvarane sitt bidrag kunne sjå ut til å henge saman med nødvendigheita av å møte barnet sine individuelle behov, og prioritering av akutte situasjonar. Slik eg ser det, kan dette føre til at hjelpeapparatet kjem inn på eit seint tidspunkt, når barnet har etablert store vanskar og det kan resultera i inngripande tiltak. At tiltaksapparatet kjem seint inn, er noko Rønbeck (2007) påpeikar, ho forklarar at tiltaksapparatet kjem inn i akutte situasjonar og at dette i mange situasjonar enda i tilbod om opphald på institusjon, noko som bryt med prinsippet om at brukar skal få hjelp i sitt miljø. Dette forsterkar behovet for tidleg intervensjon og eit systemretta arbeid, då problematikken

til barna er av ei slik komplekse og alvorleg grad. Med dette meiner eg at eit fokus på tidleg intervensjon kan hindre alvorlege langtidsfølgjer av vanskane.

5.5 Tidleg intervensjon og systemretta arbeid

Det å fange opp barn med psykososiale vanskar tidleg, er viktig for å hindre omfattande vanskar. Som eg har vist til tidlegare fann Kaye (et, al., 2015) samanfallande vanskar blant dei unge. Mange hadde angst, depresjon og åtferdsforstyringar samstundes, Dette viser alvorlege lidingar. Grønholt, Sommerschild og Garløv (2008, s123) forklarar at emosjonelle vanskar som oppstår hos barn må bli gitt merksemd, då det ofte er slik at før desse barna kjem i tenåra er symptom på angst og depresjon så tett vevd saman at det er vanskeleg å seie kva som dominerer. Dette er ei treffande skildring for kor viktig det er med tidleg intervensjon ved psykososiale vanskar. Det at ulike instansar samarbeider, kan bidra til at hjelpa vert sett inn på tidleg tidspunkt (Glavin og Erdal, 2013, s.24). Samarbeidet vil avhenge av fleire faktorar, eit stikkord er kompetanse på området. Smedstad(2011) vektlegg at rett kompetanse er ein føresetnad for samarbeidet. Som det vert vist til i NOU 2009:22, dokumenterer fleire rapportar at samarbeid vert hindra av at tilsette i ulike delar av hjelpeapparatet manglar kunnskap om kvarandre sin kompetanse. Slik eg ser det bør ein som tilsett innanfor ein instans, om ein jobbar i hjelpeapparatet eller på barnet sin daglege arena, vite noko om kven som jobbar opp i mot dei ulike sidene ved barn sin omsorgssituasjon. Dette er viktig for å vite kva tenester som er aktuelle i høve til vanskane til det einskilde barnet. Som Glavin og Erdal (2013, s.46) seier, må dei involverte få kunnskap om kvarandre sine roller og ansvar. Det handlar og om å ha kompetanse på problematikken til barnet. Som NOU 2009:22 viser til er barn og unge som bur i kommunar der dei har tilsett fagpersonell med psykososial kompetanse meir nøgde med hjelpa dei får, enn dei som bur i kommunar der dei ikkje har slik kompetanse. Dette kan sjå ut til å gi utslag i meir adekvat hjelp. Ei kompetanseheving blant instansane i hjelpeapparatet på systemretta arbeid og psykososiale vanskar vil kunne bidra til tidleg intervensjon. Det har dei siste åra har vorte meir merksemd på å auke kompetanse på området innanfor kommunane.

5.6 Tverrfagleg samarbeid i praksis

Eit prosjekt som er gjennomført er «De utfordrende barna» Prosjektet tek sikte på utvikling av handlingskompetanse i høve til å førebyggja, avdekka og avhjelpe psykososiale vanskar hos

barn(Roland, Fandrem, Størksen, & Løge, 2007). Som Willumsen og Hallberg (2003) vektlegg er handlingskompetanse ein kjernekategori i det tverrfaglege arbeidet. Merksemda her er retta mot tidleg innsats og systemretta arbeid. Det handlar om å nytta seg av kunnskap frå andre instansar for å finne best mogleg felles forståing rundt vanskane (Roland, et al., 2007). Det er merksemd på korleis instansane kan arbeide betre saman. I lys av Brofenbrenner sin modell, handlar det om å styrke relasjonar på mikronivå. Styrka relasjonar på mikronivå, kan skape kontinuitet på mesonivå når dei ulike instansane gir ei samanhengane hjelp. Ved å dele erfaringar, vart instansane kjende med kvarandre sine omgrep om problematikken, felles omgrep rundt vanskane, gjer det enklare å komme fram til ei felles problemforståing(Roland, et al., 2007). Barna, vert slik sett innanfor fleire kontekstar. Merksemda er og på førebygging gjennom systemretta arbeidet, ved å ta i bruk eller etablera nye strukturar. Det handlar om å jobbe på ein måte som ikkje berre reparerer vanskane, men og førebyggjer. Dette kan eksemplifiserast gjennom overgangen frå barnehage til skule. Som Roland, Fandrem & Løge (2009) beskriv er barn i vanskar meir sårbare for slike overgangar, det å utarbeide strategiar rundt ei slik overgang er difor viktig. Det systemretta arbeidet bidreg slik til å tenkja framover og identifisera hindringar i miljøet og trygge desse overgangane som utgjer ein risiko for barnet. Eit tettare samarbeid kan styrke situasjonen til barnet. Fokus på både individ og system såg ut til å vere ei utfordring i praksis. Det kan sjåa ut som det er behov for å utvikle strukturar og rutinar for å sikre samarbeidet.

I denne samanhengen vil eg nemna ein modell som er utarbeidd for å sikre barn med samansett problematikk hjelpa dei har rett på. Modellen heiter «Betre tverrfagleg innsats» (BTI). BTI er ein samarbeidsmodell som skal sikre heilskapleg og koordinert innsats for barn og familiar utan oppfølgingsbrot(Helsedirektoratet, s.3). Eg ser at ei slik samordning kan sikre kontinuitet rundt barnet sin omsorg og hindre at barnet fell utanfor dei ulike instansane sitt ansvarsområdet, då det er merksemd på tett oppfølging. Erfaringane er at aktørane får betre forståing og oversikt over kvarandre sine oppgåver og vert betre på å koordinere innsats og ansvar(Helsedirektoratet,s.3). Dette kan hindre at samarbeid stopper opp, som følge av manglande kunnskap om andre instansar(NUO 2009:22). BTI, skal bidra til fast samarbeidsstruktur. Det er ein «stafettholdar» som får ansvaret for å koordinere det tverrfaglege arbeidet og arbeidet skal dokumenterast i ein «stafettlogg». Som (Helsedirektoratet, s.3) forklarar, sikrar modellen at innsatsen vert dokumentert. Dette kan føre til at komplekse saker vert prioritert. Som Aamodt (2009) viser til, er det den individretta

behandlninga som gir utteljing. Denne modellen kan sjåast å utfordre den etablerte praksisen, då innsatsen vert dokumentert, og slik gir utslag i produktivitet. Det kan gjera det lettare for tilsette å prioritere slike saker, då det er forventet å nytta tilnæringsmåtar tilpassa barn med samansette vanskar. Tilhøyrande modellen, er det vegleiar for arbeidsgangen til dei ulike instansane, som helsestasjon, barnehage, skule (Helsedirektoratet, s4). Dette gjer oppgåvene knytt til ulike roller tydeleg. Smedstad (2011) presiserer at suksess for eit samarbeid er at rammer og roller må vere forankra og avklart. Det er og utarbeidd konkrete verktøy, som skjema for samtykke og bekymringskala i høve til barn. Slik kan modellen bidra til tidleg intervensjon(Helsedirektoratet, s.4). Modellen er introdusert som ein inspirasjonsmodell til alle kommunar i landet, men det er opp til kvar ein skilde kommune korleis dei legg til rette for tilnæringsmåtar tilpassa samansette vanskar. Prioritering innanfor område, vil avhenge av økonomiske og organisatoriske rammer.

Det kan sjå ut til at det er stor oppslutning rundt prosjekt i kommunar som tek sikte på å utvikle tilnæringsmåtar til psykososiale vanskar. Dette kan tyde på at det er behov for å auka innsats og kompetanse på området, for å gi eit heilskapleg tilbod til desse barna. Som Smedstad (2011) belyser er hjelpeinstansane og organiseringa innanfor ein god del kommunar lite endra dei siste tiåra, medan behova til barn og familiar har gjennomgått store endringar. Det er difor ei utfordring i høve til organisering og innsats som svarar til behova. Det vert her retta merksemd på nødvendigheita av tiltaksutvikling på området.

5.7 Foreldresamarbeid

Som Glavin og Erdal (2013,s.24) vektlegg er foreldre viktige å samarbeide med for å sikra barnet rett hjelp, det er dei som kjenner situasjon sin best. Dette handlar om som eg har vore inne på, at det er viktig at alle får formidla si forståing av situasjonen, for å finne hensiktsmessige tiltak. Dette gjeld også i krevjande saker, der foreldra vert opplevd vanskelege å samarbeide med. Når vanskaner til barnet vert drøfta, kan foreldra kjenne på ei avmaktskjensle, noko som forsterkar emosjonelle reaksjonar. Det vert her vektlagt at ein ofte burde ha meir toleranse og tillit til foreldre sine vurderingar, og sett deira eventuelle reaksjonar som eit naturleg uttrykk for avmakt og fortvilning. Det handlar om å sjå forbi reaksjonar å fange deira innsikt og behov (Kinge, 2012, s.56). Slik bevarer ein eit subjektssyn på foreldra, ved å vise dei respekt (Nygren ,vist til i Rønbeck, 2007). Ein kan på denne måten

få eit heilskapleg perspektiv på barnet sine vanskar. Det er viktig at foreldra er involvert i denne prosessen, men ein må vere merksam på at foreldra kan ynskje seg ut av samarbeidet om det blir for mykje. Dette kan medføre at ein gir hjelp ut i frå kva foreldra godtek og ikkje barnet sitt beste (Glavin og Erdal, 2013,s.24). Som det vert presisert i NOU 2009:22, må ikkje utfordringar i samarbeidet ta utgangspunkt i profesjonsutøvarane sin ståstad, mottakarane sin ståstad må vektleggjast like mykje, og i første rekkje barnet sitt perspektiv. Barnet sitt behov skal vektleggjast også der det kan oppstå interessekonflikt mellom barnet og foreldra. Eit trygt og opent forhold mellom profesjonsutøvarane i høve til foreldra kan hindre at dei trekk seg ut av samarbeidet (Glavin og Erdal, 2013,s.24). Ansvarsgruppa som er danna for å oppretthalda samarbeidet, kan og skape tryggleik rundt barnet og foreldra, då ei ansvarsgruppe kan bidra til å koordinera innsatsen og avklare ansvarsforhold mellom dei involverte i samarbeidet (NOU 2009:22). Ansvarsfordelinga kan slik bidra til at foreldra får ei oversikt over kven som har ansvar for ulike oppgåver, og slik gjere det lettare for dei og forholde seg til den einkilde samarbeidspartner (Willumsen, 1999). Foreldra slepp på denne måten å orienterta seg i hjelpeapparatet, for å finne fram til kva instans dei skal venda seg til konkrete saker. Ei tydeleg ansvarsfordeling bidreg og til å avklare forventningar mellom samarbeidspartnarane og den einkilde sine plikter vert tydeleggjort (Willumsen, 1999). Det vanlege er at ein instans får ansvaret for koordineringa av arbeidet, det eignar seg difor å utarbeide IP i ansvarsgruppa. Ein IP kan bidra til å skape eit heilskapleg tilbod for barnet. Som NOU 2009:22 seier ser det ut til at IP bidreg til at barn og foreldre er meir nøgde med samordning av tenestene, informasjon og ansvarsavklaring.

6 Avslutning

Psykososiale vanskar hos barn kan sjåast å vere ei utfordring for hjelpeapparatet, då problematikken er kompleks. Det som kjem tydeleg fram i litteraturen eg har sett på er at desse barna står i fare for å falle mellom ulike tenester. Då vanskane er vanskelege å definere vert ansvarsområda uklare og det vert ein risiko for ansvarsfråskrivning. Standardiserte prosedyrar kan sjåast å komme til kort, då vanskane krev kompetanse på fleire område. Styrken i samarbeidet er at instansane kan kome fram til ei felles oppfatning av vanskane, dette bidreg til felles strategiar og tiltak for å nå målet. Felles problemforståing kan bidra til meir høvelege tiltak, då dei fangar det særskilde ved barnet sin situasjon. I prosessen er det ein styrke å nytte foreldra si innsikt for å forstå situasjonen. Om barnet vert sett innfor ein

instans, vert ikkje hindringar i miljøet identifisert og tiltaka let seg skjeldan overføre til andre arenaer. I samarbeidet, fangar ein barnet i ulike kontekstar og får slik eit heilskapleg bilete av omsorgssituasjonen. Slik kan samarbeidet bidra til tidleg intervensjon, som er viktig då mange av barna allereie i ungdomsalderen har omfattande vanskar. Samarbeidet kan og vere ein styrke for å førebyggja, då ein kan utviklar strategiar undervegs, og saman sjå hindringar på vegen. Profesjonsutøvarane må saman utforske kva moglegheit som ligg innanfor ulike ansvarsområde, då institusjonelle rammer påverkar samarbeidet. Dette kan bidra til fleksible løysingar og utfordre etablert praksis. Det kan sjå ut til at hjelpeapparatet i dag rettar meir merksemd på auka kompetanse og innsats på området. Samordninga av tenester kan skape kontinuitet og stabilitet i barnet sin omsorgssituasjon, då fast struktur kan forhindra oppfølgingsbrot.

Litteraturliste

Aamodt, I. (2009). Grenser for makt og ansvar : institusjonelle rammebetingelser og praktisk handling i samarbeidet mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP). *Fokus på familien*, 37(1), 3-19. Hentet fra Idunn

Andersson, H. W. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. (SINTEF-rapport nr 03/05). Trondheim: SINTEF helse.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2015, 22. mars). *3 av 4 barn og ungdommer på barnevernsinstitusjon har psykiske lidelser*. Hentet mai 2015 fra [http://www.bufdir.no/Aktuelt/3 av 4 barn og ungdommer pa barnevernsinstitusjon har psykiske lidelser/](http://www.bufdir.no/Aktuelt/3_av_4_barn_og_ungdommer_pa_barnevernsinstitusjon_har_psykiske_lidelser/)

Barnevernloven. (1992). Lov om barnevernstjenester av 17.juli 1992 nr. 100. Hentet mai 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernsloven>

Bunkholdt, V., & Sandbæk, Mona. (2008). *Praktisk barnevernarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fandrem, H., Fuglestad, O. L., & Løge, I. K. (2013). Et blikk framover. I H. Fandrem & O. L. Fuglestad (Red.), *Barn i utfordringer: systemtenkning og tidlig innsats i pedagogisk arbeid* (1.utg., s.151-168). Bergen: Fagbokforlaget.

Fandrem, H., & Roland, P. (2013). De utfordrende barna- handlingskompetent tidlig innsats og systemperspektivet. I H. Fandrem & O. L. Fuglestad (Red.), *Barn i utfordringer: systemtenkning og tidlig innsats i pedagogisk arbeid* (1.utg.,s.19-29). Bergen: Fagbokforlaget.

Frønes, I. (2010). kunnskapssamfunn, sosialisering og sårbarhet om utvikling og barnevern under kunnskapssamfunnets betingelser. I M. Sørli (Red.), *Sårbare unge: Nye perspektiver og tilnærminger* (1.utg., s.31-43). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fuglestad, O. L. (2013) Utvikling av kunnskap gjennom forskning. I H. Fandrem & O. L. Fuglestad (Red.), *Barn i utfordringer :systemtenkning og tidlig innsats i pedagogisk arbeid* (1.utg., s.129-140). Bergen: Fagbokforlaget.

Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis : Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.

Grønholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2008). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. *Bedre tverrfaglig innsats (BTI) overfor barn, ungdom og familier det er knyttet bekymring til* [Brosjyre]. Hentet fra <http://www.tidligintervensjon.no/Bedre-tverrfaglig-innsats-BTI/>

Kayed, N., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. & Wichstrøm, L. (2015). *Psykisk helse hos barn og unge i barnevernsinstitusjoner*. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- psykisk helse og barnevern ved NTNU.

Kinge, E. (2012). *Tverretattlig samarbeid omkring barn : en kilde til styrke og håp?* Oslo: Gyldendal akademisk

Kjellehold, A., Hærem, E., Midjo, T., & Willumsen, E. (1997). *Samarbeid for barnets beste*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Lauvås, K., & Lauvås, Per. (2004). *Tverrfaglig samarbeid : Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mathiesen, K. S. (2009). Del 2 : Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge, i *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* (FHI-rapport nr 08/09). Oslo: folkehelseinstituttet.

NOU 2009:22. (2009). *Det du gjør, gjør det helt: bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2009-22/id587673/>

Nygren, P. (2011). Barneomsorg som fellesbegrep i tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge. I S. Straand (Red.), *Samhandling som omsorg: tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge* (1.utg., s.62-80). Oslo: Kommuneforlaget.

Roland, P., Fandrem, H. & Løge, I. K. (2009) Psykososiale vansker hos barn: hva forteller casebeskrivelsene i prosjektet De utfordrende barna. *Spesialpedagogikk*, 74(8) s. 6-15. Hentet fra <http://laringsmiljosenteret.uis.no/getfile.php/SAF/Bilder/psykososiale-vansker.pdf>

Roland, P., Fandrem, H., Størksen, I., & Løge, I. (2007). Erfaringer fra «De utfordrende barna». *Spesialpedagogikk*, 72(4), s.20-27. Hentet fra <http://laringsmiljosenteret.uis.no/getfile.php/SAF/Bilder/Publikasjoner/erfaringer-dub.pdf>

Rønbeck, A. E. (2007). Tverrfaglig samarbeid i og utenfor ansvarsgrupper. *Spesialpedagogikk*, 72 (2), 15-23. Hentet fra https://www.utdanningsforbundet.no/upload/Diverse/Utdanningsakademiet/Spesialpedagogikk/ronbeck_0207.pdf

Rådet for psykisk helse. (2015, 24. mars). *Barneverninstitusjoner dårlige på psykiskhelse*. Hentet mai 2015 fra <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=32887>

Schiefloe, P. (2011). *Mennesker og samfunn : Innføring i sosiologisk forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Smedstad, M. (2011) Fra ord til samhandling. *Sammen for barn og unge*, 4-11. Hentet fra http://www.ks.no/PageFiles/12790/Sammen_for_barn_og_unge_2.pdf

Straand, S. (2011).Tverrfagleg, helsefremmande psykososialt arbeid. I S. Straand (Red.), *Samhandling som omsorg: tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge* (1.utg.,s. 19-40). Oslo: Kommuneforlaget.

Støren, I. (2013). *Bare søk: praktisk veiledning i å skive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen damm akademisk.

Söderström, K. (2011).Tidlig intervensjon overfor små barn i psykososial risiko. I S. Straand (Red.), *Samhandling som omsorg: tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge* (1.utg., s.158-172). Oslo: Kommuneforlaget.

Talseth, R. (2011).Psykososiale vansker hos barn og unge. I S. Straand (Red.), *Samhandling som omsorg: tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge* (1.utg.,s. 238-247). Oslo: Kommuneforlaget.

Willumsen, E., & Hallberg, L. (2003). Interprofessional collaboration with young people in residential care: some professional perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 17(4), 389-400. Hentet fra Academic Search Premier

Willumsen, E., & Høgskolen i Stavanger Senter for atferdsforskning. (1999). *"De kan ikkje bare sitte og sei sånn utifra et kontor!" : En kvalitativ studie av aktører og relasjoner i tverrfaglig samarbeid om barn og unge med psykososiale problemer*. Stavanger: Høgskolen i Stavanger, Avdeling for helse og sosialfag, Senter for atferdsforskning.