

Ida Holth Mathiesen og Kathrine Skoland

**Evaluering av opplæringsprogrammet
Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene?**

Rapport IRIS – 2016/054





International Research Institute of Stavanger

www.iris.no


Ida Holth Mathiesen og Kathrine Skoland

Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene?

Rapport IRIS - 2016/054

Prosjektnummer: 7252379
Prosjektets tittel: Evaluering av Tidlig inn
Oppdragsgiver(e): Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
ISBN: 978-82-490-0872-8
Gradering: Åpen


Stavanger, 15.04.2016



Ida Holth Mathiesen
Prosjektleder

15.04.2016

Sign.dato



Terje Lie
Kvalitetssikrer

15.04.2016

Sign.dato



Kåre Hansen
Forskningsleder

15.04.2016

Sign.dato

Forord

«Tidlig inn» er et opplæringsprogram for ansatte i kommuner med mål om å styrke kompetansen innen tidlig identifikasjon og intervensjon ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner blant gravide og småbarnsforeldre.

Denne rapporten er leveransen i prosjektet «Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn» gjennomført av IRIS på oppdrag fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Det er benyttet spørreskjemakartlegging og intervjuer for å evaluere hvilke endringer som har skjedd i kommunene i etterkant av deltakelse i opplæringsprogrammet. Data er innhentet høsten 2015.

Takk til bidragsyttere

Vi vil gjerne benytte anledningen til å takke bidragsyttere fra Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, kompetansesentrene for rus (KoRus), regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), regionsentre for barn og unges psykiske helse (RBUP)/regionale kunnskapssentre for barn og unge (RKBU) og flere kommuner, jordmortjenester og helsestasjoner for bidrag til evalueringen.

Stavanger, 21. april 2016

Ida Holth Mathiesen,
prosjektleder

Innhold

SAMMENDRAG	11
1 INNLEDNING.....	17
1.1 Undervisningen og innholdet i Tidlig inn	19
1.2 Problemstillinger og formål med evalueringen	21
1.3 Leserveiledning	23
2 TEORETISKE PERSPEKTIV PÅ IMPLEMENTERING OG SAMARBEID PÅ TVERS AV ENHETER I KOMMUNENE	25
2.1 Implementering av nye arbeidsmåter.....	25
2.2 Samarbeid på tvers av enheter i kommunen – interorganisatorisk kompleksitet	27
3 METODE OG DATAINNSAMLING	29
3.1 Evaluering.....	29
3.2 Personlige intervju/telefonintervjuer.....	31
3.3 Spørreskjemaundersøkelsene	33
4 INNFØRING AV NYE RUTINER I DELTAKERKOMMUNENE SOM FØLGE AV TIDLIG INN.....	37
4.1 Tidlig inn-kontaktene fordelt på regioner	38
4.2 Nye rutiner og handlingskompetanse	38
4.3 Samhandling	48
4.4 Tryggere med hensyn til å spørre om sårbare temaer	51
4.5 Deltakelse i veiledning	54
4.6 Bedre til å hjelpe og å henvise foreldre videre.....	55
4.7 Konklusjon	56
5 DE ANSATTES LÆRINGSUTBYTTE OG ENDRING AV PRAKSIS SOM FØLGE AV TIDLIG INN.....	59
5.1 Kjennetegn ved de ansatte som har svart på spørreskjema.....	59
5.2 Læringsutbytte.....	63
5.3 Endring av praksis	65
5.4 Til hjelp i det daglige arbeidet og bevisstgjøring	72
5.5 Konklusjon	73
6 BRUKERNES OPPLEVELSE AV Å BLI SPURT OM SÅRBARE TEMA	75
6.1 Kjennetegn ved brukerne som har svart på spørreskjema	75
6.2 De ansattes erfaringer med brukernes opplevelser.....	75

6.3	Brukernes egne erfaringer.....	77
6.4	Oppsummering og konklusjon.....	80
7	TIDLIG INN SETT FRA REPRESENTANTER FOR KOMPETANSESENTRENE OG DIREKTORATENE.....	81
7.1	Deltakelsen i Tidlig inn.....	81
7.2	Undervisningen i Tidlig inn.....	81
7.3	Burde «brukere med minoritetsbakgrunn» være et eget tema i undervisningen?	83
7.4	Forankring i kommunenes ledelse	84
7.5	Organisering og innholdet i veiledningen	85
7.6	Implementering av nye rutiner	86
7.7	Målgruppen for Tidlig inn.....	86
7.8	Nasjonal arbeidsgruppe og regionale opplæringsteam.....	87
7.9	Oppsummering og konklusjon.....	87
8	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER.....	91
8.1	Overordnede betraktninger.....	91
8.2	Konklusjon	93
8.3	Anbefalinger	96
9	LITTERATUR.....	99
1	VEDLEGG	103
1.1	Oversikt Modellkommuner og Tidlig inn-kommuner	104
1.2	Organisasjonsmodell og mandat for Tidlig inn.....	105
1.3	Intervjuguide direktoratene.....	106
1.4	Intervjuguide regionale opplæringsteam	107
1.5	Intervjuguide Tidlig inn-kontakter i kommunene.....	108
1.6	Spørreskjema til Tidlig inn-kontakter	109
1.7	Spørreskjema til ansatte	111
1.8	Spørreskjema til brukere.....	115
1.9	Analysen fra spørreskjema til brukerne.....	117

Tabeller

Tabell 1 Datainnsamling	29
Tabell 2 Oversikt over gjennomførte intervjuer.....	31
Tabell 3 Oversikt spørreskjemaundersøkelser.....	33
Tabell 4 Tidlig inn-kontakter fordelt på region	38
Tabell 5 Kommunenes innføring av rutiner for samtaler om nedstemthet og uro. Prosent. (N=34).....	41
Tabell 6 Innføring av EPDS som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=31)	41
Tabell 7 Kommunenes innføring av rutiner for samtaler om alkoholbruk. Prosent. (N=34)	42
Tabell 8 Innføring av TWEAK som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=31).	43
Tabell 9 Kommunenes innføring av rutiner for samtaler om vold i nære relasjoner. Prosent. (N=34).....	44
Tabell 10 Innføring av standardspørsmål til samtale om vold som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=29).....	45
Tabell 11 Innføring av elementer av motiverende intervju/samtale (MI) som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=33)	46
Tabell 12 Innføring av elementer av støttesamtale som metode blitt innført som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=34).....	46
Tabell 13 Etablering av nye samarbeidsarenaer og møteplasser som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=35)	49
Tabell 14 Tilrettelegging for økt tverretattlig samarbeid etter Tidlig inn. Prosent. (N=33)..	50
Tabell 15 Innføring av veiledning til ansatte. Prosent. (N=33).	54
Tabell 16 Har kommunen blitt fulgt opp av opplæringssteamet. Prosent. (N=34).....	54
Tabell 17 De ansatte fordelt på region.....	59
Tabell 18 Ansattes gjennomføring i opplæringsprogrammet Tidlig inn?	60
Tabell 19 Ansattes yrker.....	60
Tabell 20 Ansatte delt etter om de tilhører skal-gruppen eller bør/kan-gruppen	60
Tabell 21 Arbeidsenhet i kommunen.....	61
Tabell 22 Ansattes deltakelse på ulike dager. Mulighet for å sette flere kryss.....	62
Tabell 23 Variabel om læringsutbytte: «Ta stilling til følgende påstander om læringsutbytte av Tidlig inn» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.....	64

Tabell 24 Variabel om endring av praksis: «Ta stilling til følgende påstander om din daglige praksis etter deltakelse i Tidlig inn» (%). Vet ikke/ikke relevant tatt ut av prosenteringen.	66
Tabell 25 Variabel om nye rutiner «Som følge av Tidlig inn, i hvilken grad har du tatt i bruk nye rutiner for samtaler med gravide/småbarnsforeldre om» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.	67
Tabell 26 Variabel om nye rutiner «Som følge av Tidlig inn, i hvilken grad har du tatt i bruk nye rutiner for samtaler med gravide/småbarnsforeldre om» fordelt på jordmødre og helsesøstre (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.	67
Tabell 27 Variabel om bruk av kartleggingsverktøy og samtalemetoder: «I samtaler med gravide/småbarnsforeldre i hvilken grad bruker du...» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.....	69
Tabell 28 Variabel om bruk av kartleggingsverktøy og samtalemetoder: «I samtaler med gravide/småbarnsforeldre i hvilken grad bruker du...» fordelt på jordmødre og helsesøstre (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.....	70
Tabell 29 Spørsmål om overordnet vurdering av Tidlig inn «I hvilken grad har Tidlig inn vært til hjelp for deg i ditt daglige arbeid?» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.....	72
Tabell 30 Spørsmål om bevisstgjøring som følge av Tidlig inn. «Samlet sett, i hvilken grad har opplæringen i Tidlig inn bevisstgjort deg om din rolle i det forebyggende arbeidet med alkoholbruk, vold og psykiske vansker?» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.....	73
Tabell 31 Brukerne fordelt på region.....	75
Tabell 32 De ansattes opplevelse av brukernes opplevelser av å bli spurt om sårbare tema. Prosent.....	77
Tabell 33 Opplevelse av å bli spurt av helsepersonell om alkohol. Prosent. (N=25).....	78
Tabell 34 Opplevelse av å bli spurt av helsepersonell om nedstemthet og uro. Prosent. (N=31).....	78
Tabell 35 Opplevelse av å bli spurt av helsepersonell om vold. Prosent. (N=16).....	78
Tabell 36 Brukerens opplevelse av samtalen. Prosent.....	79
Tabell 37 Helhetlig opplevelse av samtalen med jordmor, helsesøster eller lege. Prosent. (N=76).....	80

Figurer

Figur 1 Dagene og temaene i Tidlig inn	18
Figur 2 Oversikt aktører og datainnsamlingsmetoder	23
Figur 3 Snakket dere om alkohol? Krysset med: Hvorfor var du på helsestasjonen?.....	117

Figur 4 Hvis ja på spørsmål 4: Ble det benyttet skjema i denne samtalen? Krysset med:
Hvorfor var du på helsestasjonen? 117

Figur 5 Snakket dere om nedstemthet og uro? Krysset med: Hvorfor var du på
helsestasjonen? 117

Figur 6 Hvis ja på spørsmål 7: Ble det benyttet skjema i denne samtalen? Krysset med:
Hvorfor var du på helsestasjonen? 117

Figur 7 Snakket dere om vold i familien? Krysset med: Hvorfor var du på helsestasjonen?
..... 117

Sammendrag

Tidlig inn er et opplæringsprogram for ansatte i kommuner med mål å styrke kompetansen innen tidlig identifikasjon og intervensjon ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner blant gravide og småbarnsforeldre. Opplæringsprogrammet går over seks dager og gir innføring i bruken av noen kartleggingsverktøy og metoder¹, og gir kunnskap om vold i nære relasjoner, nedstemthet og uro i barseltid og alkoholbruk i svangerskap og småbarnstid. Opplæringsprogrammet er primært rettet mot jordmødre, helsesøstre og leger. Andre kommunalt ansatte som møter gravide og småbarnsforeldre i sitt daglige arbeid er sekundærmålgruppe. Til nå har 117 kommuner deltatt i opplæringsprogrammet.

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet utlyste en evaluering av Tidlig inn for å avdekke om de ansatte opplever at opplæringsprogrammet har vært et hensiktsmessig virkemiddel for å øke kompetansen i identifisering av gravide og småbarnsforeldre som har utfordringer knyttet til psykisk helse, alkoholbruk og vold.

For å besvare problemstillingene i prosjektet har vi gjennomført både spørreskjemaundersøkelser og telefonintervjuer. Spørreskjemaundersøkelsene omfatter tre skjemaer til;

- 1) Tidlig inn-kontakter i kommunene
- 2) Ansatte som har deltatt i Tidlig inn i kommunene
- 3) Brukere som har vært på konsultasjon hos en tjenesteutøver som har deltatt i opplæringsprogrammet.

Intervjuene omfatter:

- 1) Representanter for Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
- 2) Representanter for regionale opplæringssteam
- 3) Tidlig inn-kontakter i kommunene

For å vurdere de kvantitative dataene har vi satt to kriterier for god måloppnåelse. For variablene som omhandler læringsutbytte har vi satt at 70 prosent av de spurte i stor eller svært stor grad må si seg enige for at vi skal vurdere resultatet som god måloppnåelse. For variablene som omhandler endring av praksis har vi satt målekriteriet til 50 prosent. Å sette i verk kunnskap og endre måten man arbeider på er en krevende prosess, derfor har vi satt målekriteriet for dette lavere enn når det gjelder læringsutbytte. Resultatene av evalueringen viser at flertallet av kommunene har innført nye rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro, alkoholbruk og vold. Som følge av Tidlig inn har flest kommuner innført systematisk bruk av EPDS. AAS/standardspørsmål om vold og TWEAK er også innført i flertallet av kommunene. Flertallet av kommunene oppgir også å ha innført elementer av MI og støttesamtaler som følge av Tidlig inn. Det er god måloppnåelse på alle disse punktene. Når vi ser på *innføringen* av nye verktøy, metoder og rutiner (hvorvidt kommunens ledelse har

¹ EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) for depressive symptomer, TWEAK (Tolerance, Worried, Eyeopener, Amnesia, K(c)ut down) for alkoholbruk og standardspørsmål om vold/AAS (Abuse Assessment Screen) for vold i nære relasjoner og metodene motiverende samtale (MI) og støttesamtaler

bestemt at de ansatte skal benytte nye rutiner i sin arbeidspraksis), har Tidlig inn ført til endringer av formell praksis i deltakerkommunene. Flertallet av Tidlig inn-kontaktene oppgir at deres kommuner har innført rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro (97 prosent), alkoholbruk (88 prosent) og vold (75 prosent) for noen eller alle relevante yrkesutøvere. Disse andelene viser at kommunene har kommet langt i den formelle delen av å endre praksisen.

Opplæringsprogrammet har ført til mer bevissthet rundt verdien av å samarbeide på tvers. 49 prosent av Tidlig inn-kontaktene som oppgir at deres kommune har etablert *nye* samarbeidsarenaer. Ut fra intervjuene ser vi at flere av kontaktpersonene oppgir at deres kommune ikke har etablert nye samarbeidsarenaer, men i stedet har utvidet/forbedret de allerede etablerte møteplassene. Med dette i mente, er 49 prosent som har etablert nye samarbeidsarenaer godt resultat.

Tidlig inn har gjort de ansatte tryggere med hensyn til å spørre om sårbare tema ifølge Tidlig inn-kontaktene. Veiledningen har en viktig rolle i denne trygghetsprosessen. Andelen av kommuner som deltar i veiledning er 61 prosent. Med tanke på at veiledningen er en del av selve opplæringsprogrammet burde deltakelsen vært høyere.

Intervjuene med Tidlig inn-kontaktene viser at de opplever programmet som nyttig og med god kvalitet. Tilsvarende ser vi at blant de ansatte er det 91 prosent som oppgir at de helt eller delvis er enig i at de føler seg mer kompetent til å utføre sine arbeidsoppgaver. Det må likevel påpekes at det er en sak å innføre nye rutiner og lære om nye samtalemetoder og kartleggingsverktøy, men det er noe annet å komme i gang med å bruke nye rutiner. Den formelle delen av implementeringsprosessen ved at kommunene innfører nye rutiner er i hovedsak på plass, men å få ansatte til å ta i bruk nye rutiner tar lenger tid og er slik sett en mer utfordrende del av implementeringsprosessen.

Tidlig inn har gode resultater når det gjelder læringsutbytte for de ansatte. Av jordmødre, helsesøstre og leger har (Tabell 23 side 64):

- 94 prosent fått bedre kompetanse i å samtale om nedstemthet og uro.
- 92 prosent har fått bedre kompetanse i å samtale om vold i familien.
- 91 prosent har fått bedre kompetanse i å samtale om alkoholbruk.
- 91 prosent føler seg mer kompetent til å utføre sine arbeidsoppgaver.
- 86 prosent mener de har fått bedre innsikt i de juridiske rammene for samarbeid på tvers av enheter i kommunen.
- 85 prosent har fått økt kunnskap om tiltakskjeden i egen kommune når det gjelder gravide/småbarnsforeldre.

Tabell 24 side 66 viser at for jordmødre, helsesøstre og leger er det god måloppnåelse når det gjelder

- å samarbeide oftere med andre tjenestutøvere (86 prosent).
- å oftere oppdage tegn på nedstemthet og uro (82 prosent).
- å henvise oftere brukere til relevante hjelpeinstanser (75 prosent).
- å oftere oppdage tegn på vold i familien (59 prosent).

Andelene enige er lavere på påstandene om hva de ansatte gjør mer av, enn andelene som oppgir å ha fått bedre kompetanse. Dette er et tegn på at det kan være, som i alle

implementeringsprosesser, en utfordringen i å omsette kunnskapen til handling i det daglige arbeidet. Når dette er sagt, sier altså flertallet av primærmålgruppen seg enige i at de etter deltakelse i Tidlig inn har endret sin praksis på de overnevnte fire punktene. Dette viser at Tidlig inn har bidratt til endringer i hvordan tjenesteutøver utfører sin jobb. Når det gjelder å oftere oppdage tegn på uheldig alkoholbruk, er andelen på 48 prosent. Denne lavere andelen kan forklares med at det over lengre tid har vært et tydelig budskap fra helsemyndighetene at alkohol er skadelig for fosteret, og at dette kan ha ført til at det er færre tilfeller av uheldig alkoholbruk å oppdage.

Andelen ansatte som i stor eller svært stor grad oppgir å ha tatt i bruk *nye rutiner* for samtaler med gravide/småbarnsforeldre er betydelig lavere. For primærmålgruppen er det 51 prosent som oppgir å ta i bruk nye rutiner for samtaler om nedstemthet og uro, 33 prosent for vold i familien og 29 prosent for alkoholbruk (Tabell 25 side 67). Det er kun temaet nedstemthet og uro som har resultater som tilsvarer god måloppnåelse. Implementeringsprosessen har kommet langt når det gjelder kommunenes formelle *innføring* av nye rutiner, flertallet av de ansatte har mer generelt endret sin arbeidsmåte (de samarbeider oftere e.l.), men når det gjelder samtaler om alkoholbruk og om vold er det betydelig færre ansatte som oppgir at de har *tatt i bruk* nye rutiner (Tabell 27 side 69). Det å ta i bruk selve kartleggingsverktøyene står i samsvar med resultatene om rutinene og det er kun EPDS (67 prosent) og elementer av støttesamtale (51 prosent) hvor det er flere enn halvparten som oppgir å ha tatt dem i bruk. TWEAK (20 prosent), standardspørsmål om vold (39 prosent) og MI (47 prosent) er tatt i bruk blant færre enn halvparten av jordmødrene, helsesøstrene og legene.

De ansatte fikk spørsmål om i hvilken grad Tidlig inn har vært til hjelp for dem i det daglige arbeidet. 47 prosent svarer i stor eller svært stor grad. 46 prosent svarer i noen grad (Tabell 29 side 72). En streng tolkning er at resultatene ikke viser god nok måloppnåelse når det gjelder å være til hjelp i det daglige arbeidet når målekriteriet er satt til 50 prosent. Tar vi derimot med de som også i noen grad mener Tidlig inn har vært til hjelp i det daglige arbeidet er bildet et annet. Med utgangspunkt i at Tidlig inn er et opplæringsprogram med målsetning å gi de ansatte økt kunnskap og kompetanse til å utføre sitt daglige arbeid, burde vi kunne forvente at en høyere andel ansatte svarer i stor og i svært stor grad.

På spørsmål om de ansatte har blitt mer bevisste på sin rolle i det forebyggende helsearbeidet arbeidet knyttet til rus, vold og psykisk helse, svarer 63 prosent av jordmødre, leger og helsesøstre at dette er tilfellet i stor eller svært stor grad (Tabell 30 side 73). Dette er en høy andel.

De ansatte opplever at brukerne er positive til å bli spurt om vold, nedstemthet og alkoholbruk, særlig hvis konteksten er at dette er en rutine og alle spørres. Brukerne selv er svært positive til å bli spurt.

Kontaktpersonene er svært positive til kommunens deltakelse i Tidlig inn. Undervisningen i Tidlig inn oppleves å holde god kvalitet og kompetansesentrene har vært flinke til å tilpasse undervisningen til kunnskapsnivået i kommunene. Manualen er omfattende og kan med fordel begrenses slik at man i større grad kan gå i dybden på noen temaer heller enn å gå

gjennom mange. Svært få Tidlig Inn-kontakter mente at «brukere med minoritetsbakgrunn» burde være et eget tema i opplæringsprogrammet.²

Veiledningen oppleves og gjennomføres svært ulikt. Dette kan tyde på at kommunene ikke håndterer denne oppgaven godt nok og trenger i større grad bistand fra de regionale opplæringsteamene for å få en bedre veiledningsprosess. Forankring i kommunens ledelse er viktig for om implementeringsprosessen blir vellykket. Forankringen av Tidlig inn er ikke systematisk gjennomført og har et noe tilfeldig preg. Implementeringen av nye rutiner i praksis er krevende, og kommunene har behov for mer oppfølging for å ta i bruk nye rutiner og verktøy.

Det er krevende for opplæringsteamene å tilpasse Tidlig inn til en differensiert målgruppe. Det er positivt for samarbeidet på tvers av enheter i kommunen at Tidlig inn også henvender seg til andre yrkesgrupper enn jordmødre, helsesøstre og leger. Den nasjonale arbeidsgruppa har en viktig funksjon i å sikre en enhetlig utvikling av Tidlig inn.

Evalueringen viser at Tidlig inn er et hensiktsmessig virkemiddel for å øke kunnskapen og kompetansen til kommunalt ansatte i å identifisere og samtale med gravide og småbarnsforeldre om alkoholbruk, psykiske vansker og vold i nære relasjoner. Utfordringen for Tidlig inn ligger i å få omsatt denne nye kunnskapen og kompetansen til praksis. Det er flere kommuner som oppgir å ha *innført* nye rutiner enn det er ansatte som oppgir å ha tatt dem i *bruk*. Utfordringen i den videre utviklingen av opplæringsprogrammet blir derfor å bidra til at de ansatte og kommunene i større grad klarer å få omsatt kunnskapen og kompetansen til ny praksis.

Tidlig inn er et ressurskrevende tiltak, men evalueringen viser gode resultater når vi ser på hvilke endringer det har ført til i kommunene og informantenes opplevelse av deltakelsen, det er derfor vår anbefaling at Tidlig inn videreføres.

² Se kapittel 7.3 side 75

1 Innledning

Som en del av Regjeringens satsing på barn av psykisk syke og/eller rusmissbrukende foreldre startet Barne- og likestillingsdepartementet i 2007/2008 et forsøk (modellkommuneforsøket) i 26 kommuner. Målsettingen med modellkommuneforsøket var å få på plass et samarbeid mellom de ulike hjelpetjenestene, slik at kommunene kunne komme tidlig inn og legge til rette for en systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre fra graviditet til skolealder (Snertingdal, 2012). I 2009 utarbeidet Helsedirektoratet veilederen «Fra bekymring til handling» for tidlig intervensjon på rusfeltet (Helsedirektoratet, 2010). Målet for tidlig intervensjonssatsingen er «*at tjenestene skal få kunnskap og kompetanse i å oppdage og følge opp barn som trenger det på en langt mer systematisk måte enn vi gjøre i dag*» (Kursmanual Tidlig inn, s.8).

Tidlig inn er et opplæringsprogram for ansatte i kommuner med mål om å styrke kompetansen innen tidlig identifikasjon og intervensjon ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner blant gravide og småbarnsforeldre. Opplæringen går over seks dager³ men fordelt over lang tid. Det gis innføring i hvordan man kan samtale om sårbare temaer ved at ansatte får opplæring i samtalemetoder og relevante kartleggingsverktøy (EPDS, TWEAK og AAS⁴/standardspørsmål om vold). Samtalemetodene motiverende intervju/samtale (MI) og støttesamtaler skal bidra til at en gjennom samtalemåter kan enten motivere til endring ved behov eller støtte den enkelte (gravide/småbarnsforelder) i den situasjonen de er. Det er også en faktadel som gir grunnleggende kunnskap om vold i nære relasjoner, nedstemthet og uro i barseltid samt alkoholbruk i svangerskap og småbarnstid. Figur 1 på neste side gir en oversikt over dagene og temaene i Tidlig inn.

3 Frem til 2013 ble det gitt 5 opplæringsdager, fra 2013 opplæringsprogrammet utvidet til også å omfatte 1 dag på psykisk helse og 1 dag på vold.

4 Etter 2013 ble det ikke gitt opplæring i AAS



Figur 1 Dagene og temaene i Tidlig inn

Opplæringsprogrammet har definert målgruppene etter hvem som skal, bør og kan delta. Tidlig inn er rettet mot flere tjenesteansatte i kommunene, men opplæring i bruk av kartleggingsverktøy er særlig rettet mot jordmødre, helsesøstre og leger som er definert inn i skal-delta-gruppen. Andre kommunalt ansatte som møter gravide og småbarnsforeldre i sitt daglige arbeid er i bør- og kan delta-gruppen for å stimulere til tverrfaglig samarbeid. Til nå har 117 kommuner deltatt i opplæringsprogrammet.⁵

Begrepet tidlig intervensjon er hentet fra det medisinske feltet og bygger på ideen om å identifisere og starte håndteringen av et helseproblem så tidlig som mulig slik at problemet forsvinner eller blir begrenset med svært liten innsats (Sosial- og Helsedirektoratet, 2007). Målet for den nasjonale satsingen på tidlig intervensjon på rusmiddelfeltet er å avdekke og gripe inn overfor adferds- og rusproblemer så tidlig som mulig for å forhindre en videre problemutvikling (Snertingdal, 2012). Forskning på tidlig intervensjon antyder at når et storskala opplæringsprogram blir kombinert med kliniske retningslinjer, endringer i helsepolitikk og tilbakemelding fra evalueringsforskning, kan dette endre holdningene, kunnskapen og selvtilliten til helsearbeidere og dermed være i stand til å nå store grupper brukere som har risikofylt alkoholkonsum (Babor, 2008). Dette er et viktig bakteppe for

⁵ Se 1.1 Oversikt Modellkommuner og Tidlig inn-kommuner

utviklingen av opplæringsprogrammet Tidlig Inn. I veiviseren «Tidlig samtale om alkohol og levevaner» utgitt av Helsedirektoratet, begrunnes tidlig samtale slik:

For at barnet skal få den beste starten i livet, er det viktig at alle har kunnskap om det som fremmer, hemmer eller forstyrrer fosterets utvikling. En samtale om levevaner gir den gravide mulighet til å treffe informerte valg fra begynnelsen av. For å minske risikoen for skader på fosteret, trenger gravide informasjon tidlig, aller helst så fort graviditeten er bekreftet (Helsedirektoratet, 2013, s. 5).

De to direktoratene har dermed hatt beslektede oppdrag, med like mål og målgrupper. Med dette som utgangspunkt opprettet de et samarbeid fra 2010 om å utforme et felles opplæringsprogram Tidlig inn (Snertingdal, 2012). Tidlig inn har som mål at deltakerne gjennom opplæringsprogrammet skal få:

- Mot til å spørre om alkohol, psykisk helse og vold
- Mot til å handle på grunnlag av svar fra den enkelte
- Kunnskap om hva du kan gjøre og hvem du skal henvende deg til, og hvilke(n) instans(er) som er de(n) riktige til å følge opp den enkelte, familien eller barna.

Opplæringsprogrammet ble etablert i et bredt samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og tre kompetansemiljøer og en etat- Bufetat (se vedlegg 1.2 Organisasjonsmodell og mandat for Tidlig inn).

1.1 Undervisningen og innholdet i Tidlig inn

Undervisningen i opplæringsprogrammet Tidlig inn gis av regionale opplæringsteam (ROT) som består av kursholdere fra Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), Kompetansesenter for rus (KoRus), Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) samt Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU). Tidlig inn tilbyr opplæring i kartleggingsverktøyene EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) for depressive symptomer, TWEAK (Tolerance, Worried, Eyeopener, Amnesia, K(c)ut down) for alkoholbruk og standardspørsmål om vold/AAS (Abuse Assessment Screen) for vold i nære relasjoner og metodene motiverende samtale (MI) og støttesamtaler (Miller, 1996; Miller & Rollnick, 1991).

Etter gjennomføringen av opplæringsprogrammet velger kommunene selv hvilke verktøy/metoder de ønsker å ta i bruk. Dette åpner muligheten for ulike løsninger i kommunene. Det finnes en viss evidens, selv om det også er omdiskutert, for at både kartlegginger som EPDS (Choi et al., 2011), TWEAK (Alvik, 2007) og AAS (Hjemdal & Engnes, 2009) har god effekt for å kunne avdekke risiko tidlig. Det oppleves av mange som en god inngangsport for en god bevisstgjørende helsefremmende og forebyggende samtale.⁶

⁶ Se for eksempel <http://www.r->

[bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/EPDSinnspillfraRBUP.pdf/\\$file/EPDSinnspillfraRBUP.pdf](http://bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/EPDSinnspillfraRBUP.pdf/$file/EPDSinnspillfraRBUP.pdf)

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) eller Edinburghmetoden (Cox & Holden, 2003) er et selvutfyllingsskjema hvor kvinner som nylig har fått barn fyller ut skjemaet og følges umiddelbart opp med en tilbakemelding og empatisk dialog med den som delte ut skjema. Skjemaet er ikke tilstrekkelig for å stille en diagnose, men er en metode for å avdekke depressive plager som krever oppfølging. Gjennom opplæring og trening kan den enkelte helsearbeider ved hjelp av EPDS oppdage og støtte kvinner som er i risiko for å utvikle fødselsdepresjon (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Opjordsmoen & Samuelsen, 2001). Utfyllingen av skjema og samtalen i etterkant er et hjelpemiddel for å fokusere på depressive plager. En effektstudie viser at opplæring av helsesøstre til å vurdere kvinner, identifisere symptomer på fødselsdepresjon, og gi psykologisk informerte konsultasjoner var klinisk effektiv 6 og 12 måneder etter fødselen, sammenlignet med vanlig omsorg (Morrell et al., 2009).

TWEAK (Tolerance, Worried, Eyeopener, Amnesia, K(c)ut down) er et kartleggingsverktøy for å avdekke uheldig alkoholbruk under svangerskapet. Det er et selvrapporeringskjema som skal brukes så tidlig som mulig i svangerskapet, og skal følges opp med en samtale direkte etter utfylling. Kvinnen skal tilbys støttetiltak så raskt som mulig om det er behov for dette. Målet er at alle gravide skal ha kunnskap om alkoholens virkninger på fosteret, og at de med problemer skal få hjelp. Klinisk skjønn er viktig når vurderingen om kvinnen trenger hjelp skal tas. Wangberg (2015) konkluderer med at norske jordmødre ofte spør gravide om alkoholbruk, men sjelden deres partnere. Hun finner videre at systematiske screeninger i mindre grad er i bruk i Norge på grunn av skepsis om kost/nytte fra legehånd, og at kompetanse hos jordmødrene er en viktig forutsetning for tidlig intervensjon og kan bli styrket gjennom opplæring i bruk av MI.

Standardspørsmål om vold/AAS (Abuse Assessment Screen) er kartleggingsverktøy for å avdekke vold i nære relasjoner. Jordmødre, helsesøstre og fastleger er i en unik posisjon til å drive tidlig forebygging både før og rett etter fødsel. Å snakke om, eller avdekke volden, er det første skrittet mot å bryte voldssirkelen. Å spørre direkte kan gi innsikt i noe som ellers ville vært skjult (Hjemdal & Engnes, 2009).

Samtalemetodikkene som introduseres er motiverende samtale/intervju (MI) og støttesamtale. Begge metodikkene er klientorienterte, med et mål om å vise respekt for klientens autonomi. Det er et mål å ikke gi råd uten man blir spurt om det, men heller bygge opp samtalen ved å hjelpe klienten til å sette ord på egne tanker og erfaringer. Sentralt for motiverende samtaler er å identifisere og mobilisere klientens motivasjon og mål (Miller & Rollnick, 1991). Samtidig eksisterer det en strukturell asymmetri mellom helsepersonell og klient, som fagpersonen må være bevisst. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet et litteratursøk om motiverende samtale som middel for å endre levevaner. Litteraturen dekker områdene fysisk aktivitet, kosthold, overvekt, røyking, alkoholbruk mm. Gravide er ikke spesielt nevnt. Samlet sett ser det ut til at MI har best effekt på alkoholbruk mens effekten på andre livsstilsfaktorer er mer varierende og usikker (Nielsen, Underland & Johansen, 2010). MI prinsipper og teknikker er diskutert (Britt, Hudson & Blampied, 2004). En diskusjonen i litteraturen omhandler at MI er en metode som krever innsikt i terapeutiske forløp og krever derfor grundig opplæring. Tidlig inn tilbyr om lag ½ dag om dette temaet og tar ikke sikte på å gi denne formen for grundig opplæring. MI-opplæringen i Tidlig inn er ment å være en smakebit – en inspirasjon til å ønske å lære mer – nettopp fordi forskning viser at denne samtalemetoden egner seg godt til å få til endring på flere levevaneområder.

Den egner seg f.eks ikke i samtale om nedstemthet og vold fordi man ikke kan tenke seg at en kan motivere noen ut av det, men at man da benytter støttesamtale i stedet.

Helsepersonell har en faglig bakgrunn som kan innebefatte kurs og innføringer i bruk av ulike typer kartleggingsverktøy og samtalemetodikk. Ansatte i kommunene kan f.eks. ha fått innføring i bruken av kartleggingsverktøyene og samtalemetodene i Tidlig inn tidligere, for eksempel i sammenheng med deltakelse i andre prosjekter som Modellkommuneprosjektet (Bufetat 2015:35) og FRIDA (Vedøy & Lie, 2014) eller i generell opplæring/etterutdanning. Det kan dermed være vanskelig å skille ut endringer i praksis som følge av deltakelse i Tidlig inn i kommuner som også har deltatt på lignende opplæring tidligere.

1.2 Problemstillinger og formål med evalueringen

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet utlyste i 2015 en evaluering av Tidlig inn for å finne ut om de ansatte opplever at opplæringsprogrammet har vært et hensiktsmessig virkemiddel for å øke kompetansen i identifisering av gravide og småbarnsforeldre med utfordringer knyttet til psykisk helse, alkoholbruk og vold. Rapporten du nå leser er svaret på dette oppdraget.

Oppdragsgiver har formulert følgende problemstillinger for evalueringen:

- 1) I hvilken grad har de ansatte systematisk tatt i bruk a) verktøyene og b) samtalemetodene?
- 2) I hvilken grad er det blitt etablert hensiktsmessige arenaer og rutiner for kommunen for å forbedre samhandlingen mellom tjenestene i møte med gravide, småbarnsforeldre og deres barn?
- 3) I hvilken grad opplever de ansatte at de har fått økt handlingskompetanse når det gjelder tidlig identifikasjon og intervensjon?
- 4) I hvilken grad har opplæring i kartleggingsverktøy og samtalemetoder gjort ansatte og ledere tryggere med hensyn til å spørre om psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner?
- 5) I hvilken grad opplever de ansatte at opplæringsprogrammet har bidratt til å gi adekvat hjelp eller å henvise foreldrene videre for ytterligere oppfølging?
- 6) Hvordan har gravide og småbarnsforeldre opplevd å bli spurt om sårbare temaer på denne måten?
- 7) Hvilken erfaring har de ansatte med brukernes opplevelse av å bli spurt om sårbare tema?

Oppdragsgiver oppsummerer i utlysningen oppdragets innhold slik:

Oppdraget skal generere kunnskap om det har skjedd noen endring av praksis i tjenesten etter opplæringen i kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken. I hvilken grad opplever tjenestutøverne at de er blitt tryggere i å samtale om sårbare temaer og opplever de at de i dag har bedre forutsetning for å oppdage og identifisere samt følge opp de som de er bekymret for.

Med utgangspunkt i utdypningen av innholdet i oppdraget har forskergruppen i tillegg formulert følgende overordnede problemstilling:

- 8) Har det vært *endring av praksis* i tjenesten etter opplæringen i kartleggingsverktøyene og samtalemotodikken?

Endring av praksis er en implementeringsprosess som kan ha ulike startpunkt og kan måles på ulike nivå. Når ny politikk skal innføres, i dette tilfellet nye kartleggingsverktøy og samtalemotodikker, kommer den gjerne med et sett mål (nye retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2013, 2014)), en beslutning om hvem som skal gjennomføre målene og hvor mye ressurser som blir satt av til å gjøre det (Winter, 2003b). Når slike prosesser skal vurderes, er det ofte en diskusjon om det bør vurderes i et top down-perspektiv (se f.eks Mazmanian og Sabatier (1981)) eller i et bottom up-perspektiv (se f.eks Lipsky (1980)). Top down-perspektivene blir gjerne kritisert for å ha for stor tro på at politikken kan strukturere implementeringsprosessen og for å ha lite fokus på menneskene som utøver endringene (Winter, 2003a). Bottom up-perspektivet får tilsvarende kritikk for å legge for mye vekt på den enkelte ansattes rolle i implementeringsprosessen. Med utgangspunkt i dette forstår vi endring i praksis på to nivå:

- 1) På det formelle nivået i hver kommune hvor det blir besluttet at nye kartleggingsverktøy og metoder skal benyttes (hentet fra Tidlig inn og nye retningslinjer for svangerskaps og småbarnsomsorgen), altså beslutningen om å innføre nye rutiner.
- 2) På det individuelle nivået hvor den enkelte ansatte selv må ta i bruk nye kartleggingsverktøy og metoder.

Det formelle nivået måles i denne evalueringen gjennom spørreskjemaundersøkelsen til Tidlig inn-kontaktene, og spørsmål til dem om deres kommune har innført ulike deler av Tidlig inn. Den individuelle bruken måles gjennom spørreskjemaundersøkelsen til de ansatte og spørsmål til den ansatte om de har tatt i bruk de forskjellige verktøyene. At implementering er en prosess som gjerne starter med at det blir tatt en administrativ eller politisk beslutning, og avsluttes ved at alle relevante ansatte har tatt i bruk nye rutiner, gjør at det ikke nødvendigvis er sammenfall mellom resultatene på det formelle nivået og det individuelle nivået. Forskjeller her er kun et tegn på at implementeringsprosessen er i gang, men enda ikke fullført.

Målet med evalueringen er å se om de som har deltatt i Tidlig inn har fått et mer bevisst forhold til tidlig intervensjon og om de arbeider mer systematisk enn før. At de faktisk ikke bare spør ved «følelsen av at det er noe galt» eller ikke spør i det hele tatt.

Evalueringen vil besvare de overnevnte åtte problemstillingene. Vår forståelse av oppdraget er at evalueringen skal fremskaffe et kunnskapsgrunnlag som forteller om styrker og svakheter ved opplæringen i opplæringsprogrammet Tidlig inn med utgangspunkt i erfaringer fra praksisfeltet. I tillegg ønsker oppdragsgiver at oppdraget skal munne ut i anbefalinger om hvordan Tidlig inn kan utvikles videre.

For å besvare problemstillingene har forskergruppen samlet inn både kvalitative og kvantitative data. Den kvalitative datainnsamlingen omfatter 17 intervjuer med følgende aktørgrupper:

- Representanter for Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- Representanter fra de regionale opplæringsteamene

- Tidlig inn-kontakter i kommunene

Den kvantitative datainnsamlingen omfatter tre ulike spørreskjemaundersøkelser som ble sendt til:

- Tidlig inn-kontakter i kommunene
- Ansatte som har deltatt i opplæringsprogrammet
- Gravide og småbarnsforeldre som har vært på konsultasjon hos helsepersonell som har deltatt i Tidlig inn.

Figur 2 under viser aktører som har gitt informasjon til evalueringen og med hvilke metoder denne informasjonen ble samlet inn. For direktoratene og opplæringsteamene har vi kun intervjudata. Tidlig inn-kontaktene i kommunene har både besvart spørreskjema og blitt intervjuet. Kontaktpersonene var jordmødre og helsesøstre og intervjuene gir dermed også informasjon fra ansatte-perspektivet. De ansatte i kommunene og brukerne av helsetjenestene har besvart hvert sitt spørreskjema.



Figur 2 Oversikt aktører og datainnsamlingsmetoder

1.3 Leserveiledning

Rapporten har fire analysekapitler hvor data presenteres og drøftes. Kapittel 4 omhandler Tidlig inn-kontaktens vurderinger på vegne av sine kommuner. Datagrunnlaget her er intervjuer og spørreskjemaundersøkelse til Tidlig inn-kontaktpersoner i kommunene. Kapittel 5 tar utgangspunkt i hva de ansatte har svart i spørreskjemaundersøkelsen. Kapittel 6 viser resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen til brukerne. I kapittel 7 benytter vi intervjudata fra intervjuene med direktoratene, regionale opplæringsteam og fra Tidlig inn-kontaktene i kommunene. Rapporten avsluttes i kapittel 8 med konklusjoner og anbefalinger for videreutvikling av opplæringsprogrammet. Rapportens hovedmål er å evaluere Tidlig inn, med utgangspunkt i hvilke endringer av praksis som har skjedd i kommunene.

2 Teoretiske perspektiv på implementering og samarbeid på tvers av enheter i kommunene

Evalueringen skal se på hvilke endringer som har skjedd i kommunene i etterkant av gjennomføringen av Tidlig inn. Å endre praksis krever en implementeringsprosess. De teoretiske bidragene under er med for å belyse ulike sider ved denne prosessen. Datamaterialet i evalueringen belyser først og fremst resultater eller manglende resultater av implementeringsprosessen og i mindre grad selve prosessen. Med tanke på videre arbeid i kommunene og med utviklingen av opplæringsprogrammet, kan disse perspektivene si noe om hvorfor det å endre arbeidsmåter og å få til samarbeid på tvers av enheter i kommunene er utfordrende.

2.1 Implementering av nye arbeidsmåter

Tidlig inn har som målsetting å skape endring i kommunenes praksis. Teoretiske perspektiver om hvordan politiske føringer omformes og oversettes til praksis er interessante for å forstå hvorfor endringer skjer eller ikke skjer, og hva som bidrar til hvordan aktørers handlinger blir som de blir. Å implementere endringer i komplekse organisasjoner er utfordrende og en vanlig erfaring er at politiske føringer er vanskelig å iverksette på en måte som gir de resultatene som ble forutsatt og ønsket (Barrett & Fudge, 1981; Pressman & Wildavsky, 1973; Sætren, 1983).

I en institusjonalistisk forståelse av forming og iverksetting av et politisk tiltak, vil formen på de institusjoner som iverksetter politikken være svært viktig for politikken endelig form og innhold. Institusjoner kan ha en form som favoriserer enkelte resultat og umuliggjør andre. Måten institusjoner er bygd opp på, kan gi enkelte interessegrupper mer innflytelse over det som blir resultatet av et tiltak enn andre (se f.eks Dye (1975) og Sætren (1983)). Hvis en velger å iverksette et offentlig tiltak gjennom de allerede eksisterende institusjoner, må man i tråd med institusjonalistiske forståelser forvente at disse institusjonenes form og innarbeidede praksis i stor grad vil være med på å forme det tiltak som iverksettes (Olsen & March, 1989). Et slikt systemperspektiv legger stor vekt på at forandring tar tid. En har etablerte rutiner, institusjoner og strukturer, og disse vil legge sterke bindinger på det som skjer. De organer som implementerer et tiltak, vil følge de rutiner de alltid har fulgt. Reformen handler om utvikling i små skritt, mer enn om brå og store endringer. Søker man å endre *alt* på en gang, i en stor, revolusjonerende omstilling, risikerer man tvert imot å skape så mye motstand, og uforutsette resultater, at det blir et hinder for måloppnåelsen (Hellesnes, 2010).

Brunsson og Olsen (1993) gjennomgår en rekke empiriske studier av forsøk på å gjennomføre administrative reformer i private og offentlige organisasjoner. De mener at organisasjoner må forstås som institusjoner, og deres adferd er styrt av rutiner, stabile verdier, interesser, holdninger, forventninger og ressurser (Brunsson & Olsen, 1993, s. 4). Stabilitet og motstand mot forsøk på endring er et av den institusjonaliserte organisasjonens sentrale kjennetegn. Organisasjoners innebygde treghet framstilles ofte som et sentralt problem i studiet av implementering av politiske tiltak. Større, mer omfattende endringer, lar seg vanskeligere gjennomføre og/eller styre. Når større endringer i organisasjoner likevel skjer, er det et resultat av dyptgående kriser i organisasjonen, situasjoner der gapet mellom en organisasjons

ytelser og de forventninger som rettes mot den, blir for stort, eller konflikter knyttet til institusjoners formelle og uformelle regelverk.

Tidlig inn gir opplæring i en rekke opplæringsverktøy, samtalemetoder og temaer, og det ligger en forventning til kommunene som deltar at de skal implementere alle eller noen av kartleggingsverktøyene eller metodene. Kommunene vil gå inn i en prosess med ulike faser. Først får de opplæring og ny kunnskap (opplæringsdagene som strekker seg over flere måneder). Deretter må kommunene beslutte om de skal *innføre* kartleggingsverktøyene eller metodene, og i så fall hvilke og for hvilke grupper ansatte. Beslutninger kan tas på ulike nivå i kommunene, men vil uavhengig av nivå være en prosess som tar noe tid. Når beslutningen er tatt, må den enkelte ansatte *ta i bruk* kartleggingsverktøyene eller metodene i sitt arbeid. Hovedutfordringen med implementering ligger i denne siste fasen. Det kan være både individuelle hindringer hos den enkelte ansatte og organisatoriske hindringer knyttet til den enkelte helsestasjon/enhet i kommunen som vanskeliggjør prosessen. De ansatte vil ha etablerte måter å arbeide og samarbeide på og det vil ta tid å venne seg til nye rutiner. Tidlig inn omhandler også ømtålige temaer; vold, alkoholbruk og nedstemthet, og det kan ta tid før den ansatte føler seg komfortabel med å spørre brukerne om disse temaene. Veiledningsprosessen vil være sentral i denne trygghetsprosessen. I og med at kommunene gjennomfører Tidlig inn på ulike tidspunkt vil de ha kommet ulikt i denne prosessen. Det er også en kjensgjerning at det er enklere å beslutte at noe skal tas i bruk, enn å faktisk ta det i bruk.

Når ansatte skal ta med seg ny kunnskap tilbake til organisasjonen og sette i gang endringer, kan han eller hun møte ulike barrierer. Dalin (1995) utviklet en modell for barrierer i utvikling- og implementeringsøyemed som er relevant for å belyse det som skjer (eller ikke skjer) i kommunene. Dette er barrierer enkeltmennesker, grupper eller organisasjoner opplever når de ønsker å implementere endringer. Barrierene deles inn i fire kategorier: verdi-barrierer, makt-barrierer, praktiske barrierer og psykologiske barrierer, og indikerer hva som ligger til grunn for barrierene som man kan støte på i endringsprosesser. Verdi-barrierer oppstår når den ønskede endringen ikke står i samsvar med allerede eksisterende verdier, normer, kultur eller tradisjoner. En makt-barriere kan inntre når personer eller grupper mister makt som et resultat av de ønskede endringene. Praktiske barrierer er en samlebetegnelse på de praktiske utfordringene som endringene medfører. Psykologiske barrierer gir seg utslag i at noen motsetter seg endringer uten at det finnes et motstridende verdigrunnlag, refordeling av makt eller særlig praktiske vansker (Skogen, 2006). Disse barrierene konkretiserer hva som kan hindre endring av praksis i deltakernes kommuner som følge av Tidlig inn. I en oppsummering av tre tiår med forskning på tidlig intervensjon knyttet til alkoholkonsum beskriver Nilsen, Kaner og Babor (2008) en rekke barrierer knyttet til implementering av dette arbeidet. Følgende barrierer blir fremhevet: 1) helsearbeiderens usikkerhet knyttet egen rolle og kompetanse, 2) helsearbeiderens motivasjon og motvillighet til å gå inn i en problematikk med utstrakt sosial aksept, 3) helsearbeiderens skepsis til effekten av rådgiving om alkoholbruk, 4) helsearbeiderens vanskeligheter med å ta opp et problem som brukeren ikke selv tar opp, 5) tidsknapphet og 6) dårlige refusjonsordninger for alkoholforebyggende arbeid.

2.2 Samarbeid på tvers av enheter i kommunen – interorganisatorisk kompleksitet

Når flere organisasjoner eller enheter skal samarbeide om en oppgave, kan det oppstå ulike typer misforståelser. Enhver organisasjon har sin egen forståelse av hvordan virkeligheten henger sammen og hva som fører til ønskede resultater. Samarbeid mellom ulike organisasjoner kan by på utfordringer. Interorganisatorisk kompleksitet betegner ulike dimensjoner ved samarbeid mellom organisasjoner som gjør slikt samarbeid vanskelig. Samarbeidsutfordringer kan oppstå på grunn av flere ulike faktorer som skaper en distanse, eller et «mellomrom», mellom ulike aktører når det gjelder tverrorganisatorisk oppgaveløsning. O'toole (2003) framhever at ansatte i offentlig administrasjon må utvikle en forståelse om hvordan de kan operere innenfor interorganisatorisk komplekse samarbeid, heller enn å håpe på at slike utfordringer kan bli unngått.

Interorganisatorisk kompleksitet oppstår når flere organisasjoner er involvert i utvikling og leveranse av produkter/tjenester, og hvor det eksisterer en gjensidig avhengighet mellom de involverte partenes roller (Maznevski, Steger & Amann, 2007; Steger, Amann & Maznevski, 2007). Kommunene er komplekse organisasjoner med mange enheter som møter mer eller mindre de samme brukerne. Helsestasjon, NAV, fastlege og barnevern er noen av disse. Hver av disse enhetene har sine egne perspektiver, kunnskaper, kultur og organisasjonsmessig oppbygging. Det kan dermed være en utfordring å få alle enhetene til å samarbeide om å dekke brukernes behov på best mulig måte. Tidlig inn, med sitt mål om økt samarbeid på tvers av enheter i kommunene og sin breie målgruppe (at alle som arbeider med barn og foreldre i kommunen oppfordres til å delta), er en måte å arbeide på for å gjøre samarbeidet mellom de kommunale enhetene bedre og dermed den interorganisatoriske kompleksiteten mer håndterbar. Å lykkes i et interorganisatorisk nettverk krever effektiv informasjonsutveksling og sammenstilling mellom ulike ressurser og kunnskap. Tidlig inn er ikke bare et opplæringsprogram, men også en møteplass hvor kommunalt ansatte kan få bedre forståelse av hverandres utgangspunkt for å hjelpe brukerne. Utfordringer i samarbeidet mellom organisasjoner kan være knyttet til ulikheter mellom organisasjonene, for eksempel geografisk distanse (ulike lokasjoner), kognitiv distanse (ulikheter i perspektiver, kunnskaper, kultur osv.), organisatorisk distanse (ulikheter i organisering, prosesser, hierarki osv.) og strukturell distanse (asymmetri og maktforskjeller).

Geografisk distanse er at organisasjoner kan befinne seg på ulike lokasjoner og at dette legger begrensninger på hvordan koordinering og kommunikasjonsprosesser kan foregå. Forskning har vist at arbeidsgrupper som er på ulike lokasjoner kan være forbundet med dårlig kommunikasjon, misforståelser, problemer knyttet til utveksling av informasjon og tilbakemeldinger og utvikling av en felles identitet (Cramton, 2001; Hinds & Kiesler, 2002). Kommunale tjenester kan være lokalisert på forskjellige steder i kommunen, og dermed gjøre samarbeidet vanskelig. Tidlig inn fungerer i så måte som en møteplass for de ansatte på tvers av enheter og geografiske lokasjoner, og kan med det bidra til at den geografiske distansen får mindre betydning for samarbeidet på tvers av enheter.

Kognitiv distanse innebærer at de som skal samarbeide har ulikheter i perspektiver og kunnskaper (Parjanen, Harmaakorp & Frantsi, 2010). Kognitiv distanse kan oppstå både som følge av ulikhet i kunnskapsdomener (dvs. at aktørene har kunnskap om ulike emner) og ulik

kunnskapsdybde (om samme emne) (Petruzzelli, Albino & Carbonara, 2007). Kunnskap og forståelse er kontekstavhengig (Noteboom, 2008) og ulikhet i måter mennesker opplever, tolker, forstår og evaluerer ulike situasjoner (Wuyts, Colombo, Dutta & Nooteboom, 2005) kan oppstå som følge av ulikhet både i organisatorisk tilhørighet og profesjonstilknytninger. Tidlig inn gir en innføring i flere temaer og verktøy og metoder. Dette er en måte å bidra til at de kommunalt ansatte har et felles kunnskapsdomene. Gjennom praktiske «case-oppgaver» får også de ansatte innsikt i hverandres tolkninger og forståelser av samme case. Slik er Tidlig inn en måte å bidra til at den kognitive distansen mellom de ansatte i ulike enheter i kommunene blir mindre.

Organisatorisk distanse er forskjeller mellom de som samarbeider når det gjelder organisasjonsstruktur, størrelse, beslutningsprosesser, ansvarsforhold etc. Offentlige organisasjoner/institusjoner er ofte preget av hierarki og byråkrati og tradisjonelle roller. Mangel på tverrgående koordinering representerer ofte signifikante utfordringer i offentlig sektor (Carstensen & Bason, 2012). Ulikhet i strukturer og prosesser (eks. roller, regler, hierarkiske nivåer, størrelse, beslutningstaking etc.) mellom samarbeidende organisasjoner kan med andre ord skape utfordringer med koordinering av oppgaver som må løses i fellesskap. De ansatte i barnevernet har retningslinjer å forholde seg til som jordmor ved helsestasjonen ikke trenger å forholde seg til, og de kan for eksempel tolke taushetsplikten på ulike måter. Innsikt i hverandres organisatoriske strukturer og prosesser for beslutningstaking, kan derfor bidra til at samarbeidet blir enklere. Tidlig inn muliggjør slik innsikt, og kan derfor bidra til at den organisatoriske distansen mellom enhetene i kommunen blir håndtert på en bedre måte til fordel for brukerne.

Strukturell distanse omhandler mulig asymmetri og maktforskjeller mellom de involverte aktørene. Dette kan potensielt skape avhengigheter og begrensninger i handlingsrom og beslutningstaking når det eksisterer ulike interesser og mål. Offentlige organisasjoner opererer alltid i politiske kontekster som kjennetegnes av ressursbegrensninger, forhandlinger og ulike interesser (Bolman, Thorbjørnsen & Deal, 2009). Samarbeidende aktører representerer ofte interessenter med ulike formål og krav. Dette betyr at koordineringsutfordringer oppstår på grunn av at aktørene har ulike (og til tider motstridende) hensikter, mandater, ansvarsområder, målkrav, insentiver og ikke minst konkurrerer de om begrensede ressurser (Singh & Prakash, 2010). På samme måte som med den organisatoriske distansen er det også en viss strukturell distanse mellom enhetene i kommunene for de ansattes mandat og handlingsrom i møte med brukerne. Tidlig inn bidrar til økt kunnskap om dette, og kan på den måten bidra til at de ansatte kan minimere den strukturelle distansens betydning for samarbeidet om å ivareta brukerne på en best mulig måte.

Samarbeid om tidlig intervensjon i forhold til gravide og småbarnsforeldre med rusproblematikk, psykiske problemer og vold i nære relasjoner er preget av betydelig interorganisatorisk kompleksitet. Å lykkes i et interorganisatorisk nettverk krever effektiv informasjonsutveksling og sammenstilling mellom ulike ressurser og kunnskap. Tidlig inn har som målsetting at kommunene skal bli bedre på å samarbeide på tvers av enheter og fagområder, for eksempel barnevern og helsestasjon.

3 Metode og datainnsamling

For å besvare problemstillingene i prosjektet har vi gjennomført både spørreskjemaundersøkelser og telefonintervjuer. Spørreskjemaundersøkelsene omfatter tre skjemaer til;

- 1) Tidlig inn-kontakter i kommunene
- 2) Ansatte som har deltatt i Tidlig inn i kommunene
- 3) Brukere som har vært på konsultasjon hos en tjenesteutøver som har deltatt i opplæringsprogrammet.

Intervjuene omfatter:

- 1) Representanter for Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
- 2) Representanter for regionale opplæringsteam
- 3) Tidlig inn-kontakter i kommunene

Tabell 1 under viser en oversikt over datainnsamlingen.

Tabell 1 Datainnsamling

Spørreskjemaundersøkelser	Intervjuer
<ul style="list-style-type: none">• Tidlig inn-kontakter i kommunene• Ansatte i Tidlig inn i kommunene• Brukere av helsetjenestene	<ul style="list-style-type: none">• Representanter for HDIR og BUFDIR• Representanter for regionale opplæringsteam KoRus, RVTS og RBUP• Tidlig inn-kontakter i kommunene

3.1 Evaluering

Å evaluere kan kort defineres som det å vurdere gjennomføringen av et tiltak eller et program. Hensikten med en evaluering er å undersøke om tiltaket som ble iverksatt førte til de ønskede virkningene (Tornes, 2012). Med evaluering forstår vi altså en systematisk innsamling av data for å analysere og skille virkninger av endrings- og påvirkningsforsøk på et gitt område (Baklien, 1993; Lie, Karlsen & Tharaldsen, 1999). Søkelyset settes på måloppnåelse og virkninger av en innsats, og evalueringen gjøres parallelt med eller etter at innsatsen er utført. Grunnspørsmålet som reises er om et tiltak har virket, eller om det har hatt tiltenkte effekter (Sverdrup, 2014).

Denne evalueringen har elementer av både summativ og formativ evaluering. Tidlig inn har også vært gjenstand for en ren formativ evaluering tidligere (Snertingdal, 2012). Tidlig inn er ikke avsluttet, og IRIS sin evalueringen skal gi innspill til videre utvikling av opplæringsprogrammet, derfor har denne evaluering også formative elementer ved seg. Ved summative evalueringer er hovedspørsmålet hvorvidt tiltaket har virket og hva slags effekt det har hatt, og de gjennomføres gjerne etter at et tiltak eller prosjekt er slutført (Sverdrup, 2014). Ved formative evalueringer pågår evalueringen samtidig med det aktuelle prosjektet og utføres med den hensikt å forbedre et tiltak. Hovedspørsmålet som stilles ved formative evalueringer er hvordan man skal få et tiltak til å virke på eller for den aktuelle målgruppen

og evalueringen skal kunne påvirke prosjektets gang, retning og innhold og de involverte aktørene underveis (Sverdrup, 2014). Evalueringen av Tidlig inn er summativ i den forstand at problemstillingene i stor grad er formulert rundt hvorvidt opplæringsprogrammet har bidratt til å oppnå målene som ble satt; økt handlingskompetanse, systematisk bruk av verktøy og metoder, endring av praksis osv. Samtidig har evalueringen formative elementer i og med at Tidlig inn ikke er avsluttet og at evalueringen skal fremskaffe et kunnskapsgrunnlag om styrker og svakheter ved opplæringsprogrammet for innspill til en videre utvikling av Tidlig inn med utgangspunkt i endringer i kommunene. Hovedaktiviteten i Tidlig inn er å sette i verk og gjennomføre opplæringstiltak i kommunene og med det bidra til økt bruk av metoder innen tidlig intervensjon. En viktig del av evalueringen er nettopp å vurdere hvordan opplæringen har bidratt til endring i kommunene. Vi understreker likevel at dette ikke er en effektevaluering, da det f. eks. ikke er mulig å gjøre noen før/etter-målinger på praksisen i kommunene. Evalueringer generelt, og heller ikke evalueringen av Tidlig inn, er ikke ute etter å gi den eneste sannheten, bevis, være sikker og gi det endelige svaret, men heller være innspill til en pågående utvikling (Vestman, 2011).

For å få et helhetlig bilde av Tidlig inn benytter vi metodetriangulering i denne evalueringen. Triangulering går ut på å kombinere data og metoder på en systematisk måte (Sverdrup, 2014). Ved bruk av triangulering får man mer helhetlige svar på komplekse og mangfoldige spørsmål siden forskeren nærmer seg evalueringobjektet fra ulike innfallsvinkler med ulike metoder (Sverdrup, 2014). Vi benytter kvantitative data gjennom spørreskjemaundersøkelser til tre ulike grupper informanter: Tidlig inn-kontakter, ansatte og brukere. I tillegg benytter vil kvalitative data fra tre informantgrupper: Tidlig inn-kontakter, representanter for regionale opplæringsteam og representanter for de to direktoratene som samarbeider.

3.1.1 Evalueringkriterier

Vurderingsdelen av det å evaluere gjør det påkrevd med en verdi eller et mål som kan tjene som kriterium for hva som skal kalles et positivt eller et negativt resultat (Tornes, 2013, s. 29). Det kan være et ideal, en målsetting, en norm, en standard eller lignende, men må alltid settes i sammenheng med den konteksten tiltaket som evalueres er i. Tornes (2013) diskuterer valget av evalueringkriterier ut fra et skille mellom deskriptiv (beskrivende) og preskriptiv (normativ) evaluering. Ved beskrivende evaluering forholder evaluatoren seg til andres verdier, f. eks. oppdragsgivers mål eller målsettinger for et tiltak, og bedømmer virkeligheten etter dette. Ved normativ evaluering gir evaluatoren en uavhengig vurdering av et tiltak eller program basert på relevant forskning, egne verdier eller en videre forståelse av målsettingene som lå til grunn for tiltaket. I noen sammenhenger vil det være ønskelig med både en beskrivende og en normativ vurdering (Tornes, 2013). Evalueringen av Tidlig inn gir både en beskrivende og normativ vurdering. Den beskrivende delen forholder seg til de beskrevne målsettingene for Tidlig inn (som beskrevet i innledningen). Disse målsettingene er kvalitative og beskrevet som at deltakerne skal få mot til å spørre, mot til å handle og kunnskap om tiltakskjeden.⁷ Disse kan dermed kun benyttes i en kvalitativ vurdering av endringene vi har sett i kommunene. Den normative vurderingen er en forskningsmessig vurdering av resultatene datamaterialet viser.

⁷ Se side 16 i rapporten og brosjyren som ligger her

<http://tidligintervensjon.no/Global/Infobrosjyre%20Tidlig%20inn.pdf>.

I (Tornes, 2013, s. 31) kan vi lese følgende: «Evaluator møter altså flere dilemmaer når det gjelder spørsmålet om hvordan hun skal håndtere utfordringene knyttet til de å velge kriteriene i det aktuelle oppdraget». Vi skal i dette avsnittet forsøke å beskrive hvordan vi i denne evalueringen har møtt dette dilemmaet. Oppdragsgiver har ikke satt kvantitative målsettinger for Tidlig inn, f. eks. hvor stor andel som skal ha tatt i bruk et verktøy for at vi skal kunne vurdere det som en suksess eller ikke. Evaluator har derfor ut fra det vi vet om praksisfeltet, en helhetlig vurdering av datamaterialet og hva som er realistisk å kunne forvente av endringer etter gjennomføring av denne typen tiltak, (jf. Halvorsen, Madsen, Jentoft og Alsos (2013)) satt to mål: ett for *læringsutbytte* og ett for *endring av praksis*. Vår vurdering er at når det gjelder læringsutbytte bør vi kunne forvente at alle som har deltatt på opplæringsprogrammet har lært noe. Vi har derfor satt vurderingskriteriet til at 70 prosent. Det betyr at 70 prosent av deltakerne må si seg helt/delvis enig eller i stor/svært stor grad enig i påstandene eller spørsmålene, for at vi skal vurdere det dit hen at Tidlig inn har hatt god måloppnåelse når vi måler læringsutbytte. Endring av praksis fordrer at kommunen gjør beslutninger og at de ansatte helt konkret endrer måte de arbeider på. Dette er en mer krevende øvelse fordi det krever at noen faktisk gjør noe annet enn det de har gjort før, f.eks begynner å ta i bruk nye verktøy, metoder eller endrer hvordan de arbeider. Vi har satt vurderingskriteriet til 50 prosent. Det betyr at 50 prosent av de spurte må si seg helt/delvis enig eller i stor/svært stor grad enig for at vi skal vurdere det som god måloppnåelse. Å få *tilført* kunnskap (som i læringsutbytte) er noe annet enn å *iverksette* kunnskapen (som i endring av arbeidspraksis). Det er grunnen for at vi sette to målekriterier, vi vurderer det som lite hensiktsmessig å ha ett felles målekriterium.

3.2 Personlige intervju/telefonintervjuer

Den kvalitative datainnsamlingen består av telefonintervjuer med aktører på nasjonalt nivå (Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet), aktører fra regionale opplæringsteam (med utgangspunkt i den nasjonale arbeidsgruppen har vi valgt KoRus i hver region, RBUP/RKBU og RVTS) og Tidlig inn-kontakter på kommunalt nivå (valgt ut etter forslag fra KoRusene).

Tabell 2 under gir en oversikt over hvem vi har intervjuet. 17 intervjuer er gjennomført.

Tabell 2 Oversikt over gjennomførte intervjuer

Nasjonalt nivå	Regionalt nivå	Kommunalt nivå
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet	KoRus Øst	Kommune region sør
Helsedirektoratet	KoRus Sør	Kommune region sør
	KoRus Vest	Kommune region sør
	KoRus Midt	Kommune region nord
	KoRus Nord	Kommune region midt
	KoRus Nord	Kommune region vest
	RBUP øst og sør/RKBU nord, midt og vest	Kommune region øst
	RVTS	
2 intervjuer	8 intervjuer	7 intervjuer

De som ble intervjuet har stort sett vært positive til å delta i evalueringen. To Tidlig innkontakter i kommunene har takket nei på grunn av stor arbeidsbelastning. Intervjuene har blitt transkribert.

Alle utenom ett intervju ble gjennomført per telefon. Utfordringen med denne type intervjuer er at vi ikke får tilgang til kommunikasjon som blir formidlet gjennom kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Når vi ikke får tilgang til denne delen av kommunikasjonen, kan det lett oppstå misforståelser. For å unngå dette utarbeidet forskergruppen tre intervjuguidere tilpasset de ulike gruppene som skulle intervjues. Intervjuguidene (se vedlegg) er detaljerte, og ble brukt som et utgangspunkt for samtalen. Noen intervjuer ble preget av at de som ble intervjuet hadde svært mye å fortelle og hadde et stort engasjement. I disse intervjuene ble intervjuguiden mindre strukturerende for samtalen. Andre intervjuer ble preget av at informanten hadde en tydelig forventning av at hennes/hans rolle var å svare på forskerens spørsmål, og ikke selv ta initiativ til å snakke om temaer som opptok henne/han. I disse intervjuene ble intervjuguiden fulgt nøye. I begge tilfeller sørget forskeren for at alle temaene i intervjuguidene ble omtalt i løpet av intervjuet.

Intervjuene er transkribert av forskningsassistenter ved IRIS. Under transkriberingen har det muntlige språket blitt «oversatt» til bokmål som en del av anonymiseringsprosessen, da dialekt kan føre til at informanter blir gjenkjent. Intervjuene utgjorde om lag 14 timer opptak og 170 sider tekst da de var ferdig transkribert.

Da intervjuene var transkribert leste forskerne gjennom alle intervjuene. Gode sitater ble markert og intervjuene ble kodet ut fra temaene fra problemstillinger og formål med forskningsprosjektet. Kodene, f. eks. «endring av praksis», «nye rutiner», «tørre å spørre» ble skrevet i marginen på intervjuutskriften. Etter alle intervjuene var kodet gikk forskerne gjennom hver enkelt kode og oppsummerte hva de som ble intervjuet hadde sagt om det enkelte temaet. Slik satt forskerne igjen med en oversikt over alle utsagn som omhandlet hvert enkelt tema.

Ut fra denne oversikten så forskerne hva de som ble intervjuet var enig om, hvor det var ulike oppfatninger, og hva som var sentrale poeng knyttet til hvert tema. Ut fra dette har forskerne skrevet om de ulike temaene i denne rapporten. Tre spørsmål har vært sentrale i analyseprosessen: 1) Hva er de som ble intervjuet samstemte om (både positive og negative synspunkt)? 2) Hva består samstemtheten av? og 3) Bringes det fram noen synspunkter/elementer som er nye eller uortodokse og i hvilken grad bør disse vektlegges i evalueringen?

Det som blir presentert av sitater i rapporten er utsagn som representere et synspunkt som flere informanter har ytret. Hvis det er et synspunkt som kun er fremmet av en informant er dette tatt med fordi det har en analytisk verdi og kan tilføre evalueringen et viktig poeng. Ved slike sitater vil det komme tydelig frem at det kun er en informant som har fremmet dette synspunktet.

Når det gjelder de ti intervjuene med ansatte ved kompetansesentrene (KoRus, RVTS og RBUP) og Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, velger vi å ikke ta sitater fra disse intervjuene. Dette gjør vi for å sikre anonymitet for de som ble intervjuet. I stedet blir meningsinnholdet i det som har blitt sagt referert. Det er godt kjent i praksisfeltet hvem disse personene er, og vi kan ikke risikere at deres utsagn blir gjenkjent. For intervjuene

med kontaktpersonene tar vi sitater, da disse ikke er gjenkjennbare ut fra sitatene. Kontaktpersonenes anonymitet blir også sikret i rapporten.

Vi har valgt å disponere rapporten etter problemstillingene vi ble bedt om å besvare. For hvert tema presenter og analyserer både kvalitative og kvantitative data. Til slutt i rapporten gjør vi en mer overordnet drøfting.

3.3 Spørreskjemaundersøkelsene

Vi har gjennomført tre spørreskjemaundersøkelser; en til ansatte i kommunene, en til Tidlig inn-kontakter i kommunene og en til brukere. Under er en oversikt over utsendte skjema, antall besvart og svarprosent.

Tabell 3 Oversikt spørreskjemaundersøkelser

Respondenter	Utsendt	Antall besvart	Svarprosent
Ansatte i kommunene	973	291	29,9
Tidlig inn-kontakter i kommunene	88	37	42,0
Brukere	250	76	Kan ikke beregnes

Spørreskjemaene ble utviklet av forskergruppen med gode innspill fra den nasjonale arbeidsgruppen. Undersøkelsene til ansatte og Tidlig inn-kontakter ble sendt ut 18/11-2015 og stengt for besvarelser 4/12-2015. Det ble sendt ut purringer to ganger. Spørreskjemaene til brukerne ble delt ut mellom 23/11-2015 og 29/01-2016.

For å sende spørreskjemaundersøkelser elektronisk trenger vi e-postadresser til de som skal svare. Å fremskaffe e-postadresser til ansatte som har deltatt i Tidlig inn viste seg å være en utfordring da hverken direktorat eller regionale opplæringsprogram hadde oversikten over dette. Opplæringsprogrammet har gått siden 2010, og det er ikke en fullstendig oversikt over ansatte som har deltatt i Tidlig inn. Totalt har 117 kommuner gjennomført Tidlig inn.

I region vest fikk vi lister over alle jordmødre og helsesøstre som har gjennomført og ble henvist til å kontakte hver enkelt kommune for å få liste over eventuelle andre ansatte som har deltatt i Tidlig inn. Dette hadde vi ikke kapasitet til å gjøre og undersøkelsen ble sendt til jordmødre og helsesøstre i region vest. I region øst ble Drammen kommune tatt ut på grunn av at de gjennomførte et særlig tilpasset opplegg.

3.3.1 Respons og svarprosent

Etter vasking av e-postlistene hvor ansatte som var oppført flere ganger ble tatt ut, ble spørreskjemaene sendt til 973 e-postadresser. Av disse har 291 ansatte gjennomført hele spørreskjemaundersøkelsen, noe som tilsier en svarprosent på 29,9 prosent. Dette ansees som en normal svarprosent, og innenfor det som kan forventes i slike typer spørreskjemaundersøkelser (Waagene & Støren, 2013). Som Ottar Hellevik uttaler i Bladet

Forskning (Bladet forskning nr. 2, 2013⁸), er svarprosenten f.eks. Norsk Monitor så lav som 8 %. Mye av årsaken til dette er at useriøse markedsundersøkelser kan komme i veien for forskning. Dette er en del av forklaringen på at man har sett en dramatisk nedgang i svarprosent siden 80-tallet. En lav svarprosent skyldes med andre ord en generell nedgang, og ikke nødvendigvis et resultat av systematisk nedgang i respons blant visse grupper i denne undersøkelsen.

I dette materialet kan man anta at e-postadresser ikke lengre er aktive, blant annet siden de som skifter jobb ikke lengre har samme e-postadresse. Gitt at de ansatte er travle på jobb, og ellers utsettes for mange «useriøse» markedsaktører, er vi godt fornøyd med det utvalget vi har. Og så lenge det ikke er systematiske skjevheter i utvalget er ikke lav svarprosent i seg selv en utfordring (Skog, 2004). Det er lite som tyder på at en svarprosent på 29,9 % i seg selv indikerer systematiske skjevheter i utvalget vårt. Vi har en god spredning av ansiennitet, samt av ansatte i de ulike målgrupper-kategoriene. Det vi imidlertid ser av systematiske skjevheter, er deltakelsen fra de ulike regionene. Her skiller region vest seg ut med bare 7 deltakere. Utvalget vårt kan derfor ikke si noe om hva som skjer i kommunene som er representert i denne regionen. Det er dermed viktig at den videre tolkningen av resultater, sees i lys av dette: datamaterialet representerer et godt utvalg for alle regionene, bortsett fra region vest. De trekk vi skildrer i det kvantitative materialet, kan dermed ikke i like god grad skildre kommunene i region vest som de øvrige. Da vi ikke gjør analyser som splitter resultatene ut fra region, har dette liten betydning. Siden det ikke er systematiske skjevheter i datasettet har ikke svarprosenten betydning for hvilke konklusjoner vi kan trekke ut fra datamaterialet. Så lenge det er frivillig å besvare undersøkelsen, vil det alltid være «de ivrigste» respondentene som svarer, uavhengig av om det er en svarprosent på 70 eller 20. «De ivrigste» kan til gjengjeld både være de mest positive og de mest negative til undersøkelsens tema. Å ha en svarprosent på 29,9 betyr derfor ikke at dette er den tredjedelen av utvalget som er mest positive. Når vi ikke finner noen systematiske skjevheter i utvalget vårt er det en indikasjon på at utvalget har en fordeling som reflekterer utvalgets synspunkter på Tidlig inn.

Når det gjelder antallet respondenter, 291 respondenter, er i seg selv tilstrekkelig til å gjøre statistiske analyser. Så lenge man har over 120 individer, kan man bruke normale kriterier (kritiske verdier) for vurderinger av statistiske estimater (Ringdal, 2001 s. 486). Dataene fra undersøkelsene til brukere og til kontaktpersoner brukes kun til å vise fordelinger, ikke til å gjøre statistiske analyser.

Spørreskjemaene til Tidlig inn-kontakter ble sendt til 88 Tidlig inn-kontakter 19.11.2015. Undersøkelsen nådde frem til alle e-postadresser. Av disse har 37 personer gjennomført. Dette utgjør en svarprosent på 42 prosent.

3.3.2 Spørreskjema til brukere

Spørreskjemaundersøkelsen til brukerne har etter avtale med ledende helsesøster/jordmor blitt sendt i papirformat til fem helsestasjoner 23/11-2015. Hver helsestasjon fikk 50 skjema og 50 svarkonvolutter, og totalt er 250 skjema sendt ut. Ett skjema og en konvolutt ble delt ut til brukere som var til samtale med jordmor, helsesøster eller lege som har deltatt i Tidlig

8 http://www.forskningsradet.no/bladetforskning/Nyheter/Folk_svarer_ikke_lenger/1253986892964

inn. Brukerne måtte selv sende skjemaet til IRIS, eventuelt kunne helsestasjonen samle inn skjemaene og sende dem. Vi kan ikke beregne svarprosent for denne undersøkelsen da vi ikke har kontroll på hvor mange skjema som faktisk ble delt ut. Vi fikk inn i alt 76 svar. 56 av brukerne var på helseundersøkelse med barn, mens 20 oppga at de var på svangerskapskontroll. Antallet svar må vi si oss fornøyde med. Med så mange svar er faren mindre for at utvalget er skjevt, og vi må anta at svarene reflekterer brukernes opplevelser. Ingen brukere oppga å ha vært på konsultasjon hos lege, derfor er denne kategorien tatt ut av analysene.

3.3.3 Analyser

Data fra brukere, ansatte og Tidlig inn-kontakter blir presentert i form av frekvenstabeller. I analysene av ansatte, har vi også gjort krysstabellanalyser for å undersøke eventuelle regionale forskjeller. Signifikante forskjeller mellom regioner blir markert.

Når det gjelder resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen til de ansatte, presenterer vi hele landet samlet. I tillegg til å undersøke fordelinger på landsbasis, har vi også gjort krysstabellanalyser for å undersøke regionale forskjeller. I tilfeller hvor vi finner forskjeller i regioner som er verd å merke seg (hvor verdien på Cramers V har en signifikanssannsynlighet på mindre enn 5 prosent) vil dette bli framhevet. Det er kun ved de færreste variabler at man kan se tydelige regionale forskjeller. Når vi ikke finner slike sammenhenger, vil dette heller ikke bli vektlagt.

Det er få respondenter som har svart på spørreskjemaundersøkelsen til Tidlig inn-kontaktene. Resultatene må derfor leses med forsiktighet. Svarene presenteres i frekvenstabeller.

Data fra brukere blir presentert i frekvenstabeller og krysstabeller.

4 Innføring av nye rutiner i deltakerkommunene som følge av Tidlig inn

Tidlig inn er et opplæringsprogram med mål om å skape nye rutiner og nye måter å arbeide med utfordringer knyttet til bruk av alkohol, nedstemthet og uro i barsel og småbarnstid og vold i nære relasjoner i spe- og småbarnsomsorgen. Evalueringen skal besvare hva som har skjedd i kommunene etter deltakelse i Tidlig inn. Kapitlet vil omhandle hvorvidt deltakerkommunene har innført systematisk og rutinemessige spørsmål eller samtaler om vold, nedstemthet og alkoholbruk.

Endring av praksis er en prosess med flere faser. I hierarkiske organisasjoner som kommuner, er gjerne den første fase at lederne bestemmer at de ansatte skal endre måten de utfører sitt arbeid. Ved deltakelse i Tidlig inn skriver kommunene en samarbeidsavtale i forkant av opplæringen som blant annet inneholder en intensjonsavtale om at kommunen skal samtale med gravide innen 5.-8. svangerskapsuke. I etterkant av opplæringen velger kommunene selv hvilke metoder og verktøy de vil ta i bruk. Her har vi første skrittet i praksisendringen: kommunen bestemmer f. eks. at deres ansatte skal ta i bruk EPDS som inngang til samtaler om nedstemthet og uro. Ved denne beslutningen om å innføre en ny rutine eller en ny måte å arbeide på, har kommunen startet implementeringsprosessen. Dette kapitlet har blikket rettet mot den formelle formen for endring av praksis. I kapittel 5 skal vi se nærmere på neste fase av praksisendringen; de ansattes bruk og anvendelse av nye rutiner og metoder.

Hovedkonklusjonene i kapittel 4 er at flertallet av kommunene har innført nye rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro, alkoholbruk og vold. Som følge av Tidlig inn har flest innført systematisk bruk av EPDS. AAS/standardspørsmål om vold og TWEAK er også innført i flertallet av kommunene. Flertallet av kommunene oppgir også at de har innført elementer av MI og Støttesamtaler som følge av Tidlig inn. Det er god måloppnåelse på alle disse punktene. Flertallet av Tidlig inn-kontaktene oppgir at deres kommuner har innført rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro (97 prosent), alkoholbruk (88 prosent) og vold (75 prosent) for noen eller alle relevante yrkesutøvere. Disse andelene viser at kommunene har kommet langt i den formelle delen av å endre praksisen. Opplæringsprogrammet har ført til større bevissthet rundt verdien av å samhandle og 49 prosent av Tidlig inn-kontaktene som oppgir at deres kommune har etablert *nye* samarbeidsarenaer. Tidlig inn-kontaktene mener at Tidlig inn har gjort de ansatte tryggere med hensyn til å spørre om sårbare temaer. Andelen av kommuner som deltar i veiledning er 61 prosent. Med tanke på at veiledningen er en del av selve opplæringsprogrammet burde deltakelsen vært høyere. Inntrykket fra intervjuene med Tidlig inn-kontaktene er at de opplever programmet som nyttig og med god kvalitet.

4.1 Tidlig inn-kontaktene fordelt på regioner

Tabellen under viser fordeling av Tidlig inn-kontaktene i datamateriale mellom de ulike regionene i Tidlig inn.

Tabell 4 Tidlig inn-kontakter fordelt på region

Region	Antall	Prosent
Nord	15	42
Midt	5	14
Vest	4	11
Øst	7	19
Sør	2	6
Ikke besvart	4	8
Sum	37	100

Tabellen viser at det er flest Tidlig inn-kontakter fra region nord og færrest fra region sør som har svart. Dette henger først og fremst sammen med at vi hadde flest e-postadresser til Tidlig inn-kontakter i region nord.

4.2 Nye rutiner og handlingskompetanse

Det vektlegges i opplæringen at dette ikke handler om å endre arbeidsmåter totalt, men å gjøre noe litt annerledes som vil gi større virkning enn vanlig praksis hvor samtaler om sårbare tema ikke er løftet fram. Budskapet i Tidlig inn er at hvis man skal være i stand til å hjelpe, må man vite at noen har utfordringer de trenger hjelp til. Å endre praksis er utfordrende fordi det krever at de ansatte tar i bruk nye metoder og legger opp arbeidet sitt litt annerledes enn de har gjort før. Nye rutiner kommer ofte i tillegg til alle de oppgavene de ansatte allerede skal utføre. Det kan derfor oppstå barrierer og motstand i organisasjonene. Flere av Tidlig inn-kontaktene vi har intervjuet svarer at deres kommune har innført rutiner for systematiske samtaler og mange snakker om at de har utarbeidet tiltakskjeder for hvordan de ansatte skal håndtere de tre temaene i møte med brukerne. En Tidlig inn-kontakt forklarer at hennes kommune som følge av Tidlig inn har utviklet tiltakskjeder for å avdekke og for å hjelpe brukerne som har utfordringer. Å ikke ha tiltakskjeder på plass framstår dermed som en verdi- og/eller praktisk barriere da Tidlig inn-kontakten mener at det er en forutsetning for å innføre nye rutiner. En verdibarriere, fordi det er en ny måte å gjennomføre arbeidet på og en praktisk barriere fordi de ansatte trenger konkrete retningslinjer å forholde seg til når de skal gjennomføre den nye oppgaver, og for hvordan de håndterer situasjonen hvis de skulle avdekke noen som trenger ekstra oppfølging.

En annen Tidlig inn-kontakt sier at *«vi har fått det ganske bra til at vi bruker disse verktøyene som er i Tidlig inn når det gjelder de her temaene og alle gravide og småbarnsforeldre blir spurt om alkohol og vold og sanne ting. Så det fungerer ganske bra»*. Dette peker mot at Tidlig inn ikke har vært en isolert hendelse, men noe som har satt spor i måten kommunene organiserer sitt arbeid.

Retningslinjen (Helsedirektoratet, 2014) anbefaler at helsepersonell åpner opp for temaet vold i nære relasjoner så tidlig som mulig i svangerskapet som del av etablert god klinisk praksis. Vold i nære relasjoner skal håndteres tilsvarende som andre temaområder

helsepersonell rutinemessig inviterer gravide til å snakke om. Målet er at kvinner utsatt for vold skal få mulighet til å snakke om dette og blir gitt forsvarlig og nødvendig oppfølging. Voldsutsatte og helsepersonell forteller at samtaler og spørsmål om vold er sårbart og vanskelig. Vi er inne på et område med tabu, skyld og skamfølelse. Det er derfor viktig at gravide får forutsigbar og god helsehjelp uavhengig av hvor de velger å gå til kontroll. Retningslinjen har anbefalinger til kommunene basert på gjeldende regelverk og kommunens plikt til å gi nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Retningslinjen viser hvordan helsepersonell sammen med andre tiltak i kommunal regi, kan gi bedre hjelp til gravide som er utsatt for vold. Det å få på plass rutiner for å spørre om vold er det flere som synes er utfordrende. En Tidlig inn-kontakt forteller

Selv om vi har øvd på det, så er jeg ikke helt i mål på å få det til konsekvent hvis du skjønner hva jeg mener. Men rutinene har i hvert fall begynt å falle på plass. Men jeg må nok jobbe mer med rutinene for hvordan å spørre om vold. Hvilke spørsmål skal jeg stille og hvordan. Og det har vi jo øvd på. Men det er liksom det å få det gjennomført i praksis 100 prosent.

Det kan virke som at alkohol og psykisk helse er temaer som er enklere å snakke om, og at det å spørre om vold er uvant og skaper mye usikkerhet. Selv om rutinene er på plass formelt sett, gjenstår den praktiske gjennomføringen i flere kommuner. Det hun forteller om her kan betegnes som en psykologisk barriere. Hun motsetter seg ikke aktivt å gå i gang med nye rutiner, men en usikkerhet gjør at hun synes det er vanskelig å få til 100 prosent gjennomføring.

Det at det blir en rutine å spørre om disse temaene ser ut til å ha en viktig funksjon i seg selv. En informant forteller at «Det er kjempeviktig at det er rutine, og at man informerer om det at det er rutine, at vi spør alle. Da blir det liksom ikke sånn «hvorfor tenker hun det», «har hun mistanke om at det er vold?». Så det blir kanskje litt lettere å være ærlig». At det er en rutine å spørre alle bidrar til å «ufarliggjøre» spørsmålene og at brukerne ikke føler seg mistenkte. På denne måten opplever Tidlig inn-kontakten at det i større grad også kommer ærlige svar på spørsmålene om vanskelige tema.

På spørsmål om Tidlig inn har bidratt til at kommunen har endret praksis, svarer alle Tidlig inn-kontaktene bekreftende på dette. Kommunene er i en prosess, hvor de har kommet ulikt, men det de lærer bidrar til at de har fått en ny innfallsvinkel til arbeidet sitt. En Tidlig inn-kontakt forteller: «Ja, jeg tenker at det har det. Og at vi har blitt mye mer obs på spesielt det med vold. Det er det vi har jobbet mest med». Vold fremstår som det temaet som er mest «nytt» for helsestasjonene å samtale med brukerne om, og flere forteller om at opplæringsprogrammet har ført til at de tenker på vold som en mulig årsak til utfordringer tidligere nå enn før, og at det er en viktig endring av praksis. En annen Tidlig inn-kontakt reflekterer over spørsmålet og sier «Vi er vant til å jobbe litt annerledes og det har vært litt sånne vanskelige temaer. Så det krever at man bruker det en stund og at det blir en naturlig del av den jobben man gjør. Nå føler jeg litt sånn at hvorfor spurte jeg ikke før, hvordan er det mulig at jeg ikke gjorde det?». Når denne Tidlig inn-kontakten først har kommet i gang med å spørre om vold, undres hun over hvorfor hun ikke har gjort det før. Det sier noe om hvordan hun opplever at vold er et relevant tema når hun skal hjelpe brukerne. Flere forteller også om at temaene i Tidlig inn for så vidt ikke er nye, men at opplæringsprogrammet har bidratt til at kommunen har klart å systematisere arbeidet i større grad:

Både som følge av tidlig inn og for så vidt som følge av tankesettet i forkant av at vi fikk Tidlig innpakken, men det har jo blitt enda mer, det er intensivert kan du si etter vi og hadde det opplæringsprogrammet der. Ja, rus, vold og psykisk helse har hatt stort fokus for så vidt i kommunen over lengre tid enn som så, men det er etter det at vi kanskje i større grad har klart å sette det i et slags system da (Tidlig inn-kontakt).

At Tidlig inn har hatt en systemiserende og intensiverende effekt på kommunenes arbeid med alkoholforebygging, tidlig identifikasjon av psykiske vansker og vold, må sees som en svært positiv effekt av opplæringsprogrammet.

Verdien i å ha standardiserte spørsmål og rutiner for å spørre alle blir fremhevet av en Tidlig inn-kontakt, hun sier at «Jeg synes det er greit å ha det skjemaet, så vet kvinnene at man spør de samme spørsmålene til alle. Jeg synes at det for meg også er greit å vite at jeg har spurt om de viktigste tingene». Å ha en rutine og et skjema sees som en måte å kvalitetssikre kontrollen og for den enkelte helsearbeider å være sikre på at de har spurt om det viktigste.

4.2.1 Samtale om nedstemthet og uro

Svært mange av kommunene oppgir at de bruker EPDS, og det er i hovedsak helsesøstrene som bruker dette på seksukerskontrollen. En Tidlig inn-kontakt som er jordmor også forteller at:

EPDS-skjemaet, depresjonskjemaet, det tar jeg på etterkontroll. De fleste som har fått barn går på etterkontroll også hos meg. Så jeg tar da det temaet. Legen vår på helsestasjonen snakker om depresjon og spør litt, men jeg tar selve skjemaet på etterkontroll. Og det synes jeg fungerer bra, fordi kvinnen går på nesten alle kontroller hos meg, og så følger jeg de ofte på sykehuset når de føder og så går jeg på hjemmebesøk, så jeg kjenner de veldig godt. Og de føler at det er veldig greit at jeg spør om sånne litt vanskelige ting. Det synes vi at fungerer ganske bra. De tør å være ganske ærlige når det gjelder depresjon hvis de har problemer .

Denne jordmoren arbeider i en liten kommune og opplever at hun kjenner de gravide ganske godt. I og med at hun selv gjennomfører etterkontroll og har en god relasjon til brukerne ved å ha gjennomført alle kontroller i svangerskapet, har kommunen valgt at hun skal samtale om psykiske vansker som nedstemthet og depresjon som vi vet gir risiko i forhold til barnet. Dette oppfattes som en god ordning både blant de ansatte i kommunen og for brukerne ifølge Tidlig inn-kontakten.

I spørreskjemaene spurte vi både de ansatte og Tidlig inn-kontaktene om innføring av rutiner og kartleggingsverktøy som inngangsport til å samtale om nedstemthet og depresjon. I Tabell 5 under viser fordelingen at 53 prosent av Tidlig inn-kontaktene svarer at deres kommune har innført rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro for *alle* relevante yrkesutøvere. 44 prosent har innført det samme for *noen* relevante yrkesutøvere. Slår vi disse kategoriene sammen svarer altså 97 prosent av Tidlig inn-kontaktene at de har innført rutiner for *systematiske samtaler* om nedstemthet og uro for alle eller noen relevante yrkesutøvere. Dette er en meget god måloppnåelse.

Tabell 5 Kommunenes innføring av rutiner for samtaler om nedstemthet og uro. Prosent. (N=34)

	Ja, for alle relevante yrkesutøvere	Ja, for noen relevante yrkesutøvere	Nei	Sum
Har kommunen innført rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro?	53	44	3	100

I Tabell 6 under viser resultatet at 81 prosent av Tidlig inn-kontaktene oppgir at EPDS har blitt systematisk innført som følge av Tidlig inn. Også her vurderer vi resultatene som en meget god måloppnåelse.

Tabell 6 Innføring av EPDS som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=31)

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Har kartleggingsverktøyet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) blitt systematisk innført i din kommune som følge av Tidlig inn?	81	19	0	100

Det er noen færre kommuner som har innført bruk av kartleggingsverktøyet EPDS (81 %) enn som har innført systematiske samtaler om nedstemthet og uro (97 %), men vi snakker fremdeles om et stort flertall av kommunene. Det å spørre om nedstemthet og uro oppleves som relativt ufarlig og lite tabubelagt og mange er i gang med bruken av det.

Av de ansatte ser vi i Tabell 27 side 69 ser vi at 67 prosent av jordmødre, helsesøstre og leger svarer at de i stor eller svært stor grad bruker innholdet i kartleggingsverktøyet EPDS når temaet er nedstemthet og uro. Dette er god måloppnåelse for opplæringsprogrammet. Resultatene fra de to spørreskjemaundersøkelsene viser at det er et sprik mellom det Tidlig inn-kontaktene oppgir på vegne av sin kommune og det de ansatte oppgir om egen praksis. Dette viser at selv om nye rutiner er innført tar det tid før alle ansatte tar de nye rutinene i bruk.

4.2.2 Samtale om alkoholbruk

Kartleggingsverktøyet TWEAK skal synliggjøre problematisk alkoholbruk under svangerskapet. Det er en målsetting at kartleggingen skal gjennomføres så tidlig som mulig i svangerskapet. Bakgrunnen for dette er den grunnleggende tankegangen når man arbeider med tidlig intervensjon: ved å oppdage problemer foreldre har så forebygger man for barnet, og gir barnet den best mulige starten på livet. Derfor har flere kommuner bestemt at det er fastlegene som skal gjennomføre TWEAK.

Vi har jo sagt at det er fastlegene som skal utføre TWEAK og så er vi litt usikre på hvor flinke fastlegene har blitt til å ta det i bruk. Og han fastlegen som har vært med har vel kanskje blitt flinkest og så kan det være vi har litt igjen på å selge det inn til de andre fastlegene rundt oss. Så jeg kan ikke si 100 prosent at det blir utført på alle gravide, men vi jobber med saken (Tidlig inn-kontakt).

Utfordringen med fastlegene er at det har vært vanskelig å rekruttere dem til å delta på Tidlig inn. Evalueringen av FRIDA-prosjektet (Vedøy & Lie, 2014) viste at leger generelt var skeptiske til TWEAK, med unntak av kommunelegene. Flere av Tidlig inn-kontaktene har derfor snakket om at TWEAK er innført, men at de er usikre på i hvor stor grad legene faktisk gjennomfører kartleggingen.

Andre kommuner har bestemt at jordmødrene skal gjennomføre TWEAK ved første svangerskapskontroll. Noen påpeker at de er i gang, men ikke helt har klart å få det systematisk enda «*Vi har innført TWEAK. (...) Og nå snakket jeg nettopp med hun som er jordmor her og de har ikke fått det helt systematisk inn enda, men de er i siset*».

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsene viser at 88 prosent (se Tabell 7 under) av Tidlig inn-kontaktene oppgir at de har innført rutiner for systematiske samtaler om alkoholbruk som følge av Tidlig inn. Dette er også et godt resultat.

Tabell 7 Kommunenes innføring av rutiner for samtaler om alkoholbruk. Prosent. (N=34)

	Ja, for alle relevante yrkesutøvere	Ja, for noen relevante yrkesutøvere	Nei	Sum
Har kommunen innført rutiner for systematiske samtaler om alkoholbruk?	41	47	12	100

Av de ansatte oppgir 29 prosent (se Tabell 25 side 67) av jordmødrene, helsesøstrene og legene at de har i stor eller svært stor grad tatt i bruk nye rutiner for samtaler med gravide og småbarnsforeldre om alkoholbruk som følge av Tidlig inn. Dette er en lav grad av måloppnåelse, men vi må ha i mente at mange kommuner kan ha rutiner på plass før de gjennomførte opplæringsprogrammet.

60 prosent av Tidlig inn-kontaktene (se Tabell 8 under) oppgir at deres kommune systematisk har innført TWEAK som følge av Tidlig inn. Dette er en høy andel, og igjen kan det blant de 37 prosentene som svarer nei være kommuner som allerede var i gang med bruk av TWEAK før de deltok i Tidlig inn. Her ser vi lavere grad av måloppnåelse, men vi vil vurdere det som et bra resultat (det er over 50 prosent som melder at de har gjort endringer som følge av Tidlig inn).

Tabell 8 Innføring av TWEAK som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=31).

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Har kartleggingsverktøyet TWEAK (Tolerance, Worries, Eye-opener, Amnesia og C(K)ut down) blitt systematisk innført i din kommune som følge av Tidlig inn?	60	37	3	100

De ansatte svarer annerledes på i hvilken grad de bruker innholdet i TWEAK enn det Tidlig inn-kontaktene gjør. Av jordmødrene, helsesøstrene og legene er det kun 20 prosent (se Tabell 27 side 69) som i stor eller svært stor grad oppgir at de bruker innholdet i kartleggingsverktøyet TWEAK når temaet er alkoholbruk. Dette er lav grad av måloppnåelse.

Resultatene viser altså at det er et ganske stort sprik mellom det Tidlig inn-kontaktene oppgir og det de ansatte oppgir når det gjelder TWEAK. Dette kan tyde på at implementeringsprosessen når det gjelder TWEAK har kommet kortere enn med EPDS. At en kommune har innført et nytt verktøy, betyr ikke at de ansatte tar det i bruk umiddelbart.

4.2.3 Samtale om vold

Vold er som nevnt tidligere et tema som flere Tidlig inn-kontaktene opplever som vanskelig å komme i gang med å spørre om, og har valgt å vente med å innføre det. En kontaktperson forteller at de har innført det, men opplever at spørsmålene er vanskelige å bruke.

Og når det gjelder AAS så innførte vi den i fjor, (...) vi startet med den på seksmånederskontrollen som en screening da på helsestasjonen. Og den har vært litt vanskeligere for helsesøstrene. De har funnet det vanskelig å bruke spørsmålene om det med utrygghet og vold, om det handler om at de føler de pirker borti noe de føler de ikke bør pirke i eller om det handler om at de ikke har noe kultur for det i det hele tatt, det vet jeg ikke, men vi har jobbet litt med det (Tidlig inn-kontakt).

At temaet vold er svært tabubelagt ser ut til å være en stor barriere når helsesøstrene skal begynne å spørre brukerne om vold. Det er et tema de ikke er vant til å snakke om og flere snakker om at det er vanskelig å formulere seg og at de opplever skjemaet eller spørsmålene som vanskelig å bruke. Å spørre om vold er tydelig noe de ansatte trenger øvelse i før de spør brukerne. Tidlig inn presiserer også viktigheten av å være direkte i sine spørsmål om vold. Når Tidlig inn-kontakten over sier at de tar opp temaet, men bruker ikke skjemaet, kan dette tyde på at det er enklere å generelt snakke om vold enn å spørre direkte spørsmål. Barrieren ser ut til å ligge i det å spørre konkret om et svært tabubelagt tema.

En annen Tidlig inn-kontakt opplever det ikke som særlig problematisk, selv om det var uvant i begynnelsen, og har tatt i bruk AAS-skjemaet i svangerskapsomsorgen.

Og så har vi AAS-skjemaet, den tar jeg ca. rundt uke 24 i graviditeten. Litt sånn, om de har mannen eller partneren med hver gang og hvor det passer best (...) Jeg informerer alle på første svangerskapskontroll om at vi er i tidlig inn og at vi snakker om disse temaene. Så at det å ta opp

temaer som vold, det er ikke en overraskelse for dem da. (...) Jeg synes at i begynnelsen så var det litt sånn, man visste ikke helt hvordan man skulle spørre, og man var kanskje litt redd for at noen skulle svare noe, og hva en skal gjøre da. (...) Men nå føler jeg at det er helt greit å spørre.

For denne Tidlig inn-kontakten fremstår det som viktig å ha informert brukeren i forkant, slik at temaet ikke kommer overraskende. Hun fremhever også at det er lettere å spørre etter at kvinnen har vært på noen konsultasjoner, fordi relasjonen mellom dem er sterkere. Meny Agenda i MI legger opp til at ulike temaer skal gjennomgås og at klienten selv får velge når de ønsker å snakke om de ulike temaene. Det kan være svangerskap og tobakk eller svangerskap og kostvaner eller også svangerskap og vold i nære relasjoner. Poenget er at brukeren selv får bestemme når hun vil snakke om hvilke tema. Fra alle Tidlig inn-kontaktene har vi et tydelig inntrykk av at det å spørre om vold er det mest fremmede av de tre temaene og at det er en modningsprosess som de ansatte må gå gjennom for å komme over barrieren. Samtidig så er det også en viss usikkerhet knyttet til hva man gjør om man skulle finne ut at noen blir utsatt for vold, og at denne usikkerheten bidrar til å gjøre det vanskeligere å faktisk spørre. Med utgangspunkt i dette vil det være viktig å få på plass tydelige tiltakskjeder i kommunene slik at jordmødrene og helsesøstrene vet hva de skal gjøre om de skulle avdekke noen problematiske forhold. Hvis en tiltakskjede er på plass ser det ut til at dette kan bidra til at det blir lettere å spørre også.

Resultatene fra spørreskjemaet til Tidlig inn-kontakter viser at til sammen 75 prosent (se Tabell 9 under) av Tidlig inn-kontaktene oppgir at deres kommuner *har innført* rutiner for systematiske samtaler om vold for noen eller alle relevante yrkesutøvere. 24 prosent svarer nei. Også på dette punktet har opplæringsprogrammet ført til så store endringer at vi vurderer det som god måloppnåelse. Det er god måloppnåelse fordi over 50 prosent av kontaktpersonene oppgir at det har blitt innført nye rutiner i deres kommune.

Tabell 9 Kommunenes innføring av rutiner for samtaler om vold i nære relasjoner. Prosent. (N=34).

	Ja, for alle relevante yrkesutøvere	Ja, for noen relevante yrkesutøvere	Nei	Sum
Har kommunen innført rutiner for systematiske samtaler om vold i nære relasjoner?	27	48	24	100

Resultatene fra undersøkelsen til de ansatte viser at 33 prosent (se Tabell 25 side 67) av jordmødrene, helsesøstrene og legene i stor eller svært stor grad har *tatt i bruk* nye rutiner for samtaler om vold. Dette er ikke god måloppnåelse. Igjen ser vi et sprik mellom hvor mange som oppgir at det har blitt *innført* nye rutiner, og hvor mange ansatte som sier at de har *tatt i bruk* disse rutinene. Et tegn på at implementeringsprosessen er kommet kort.

66 prosent (se Tabell 10 under) av Tidlig inn-kontaktene som har besvart spørreskjema svarer at deres kommune systematisk har innført standardspørsmål til samtale om vold som følge av Tidlig inn. Også på dette punktet oppnår programmet en god måloppnåelse.

Tabell 10 Innføring av standardspørsmål til samtale om vold som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=29).

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Har standardspørsmål til samtale om vold blitt systematisk innført i din kommune som følge av Tidlig inn?	66	34	0	100

Til sammenligning oppgir 39 prosent (se Tabell 27 side 69) av jordmødre, helsesøstre og leger at de i stor grad eller svært stor grad bruker standardspørsmål til samtale om vold når dette er relevant. Dette vurderer vi som lav grad av måloppnåelse. Også når det gjelder vold ser vi at andelen av Tidlig inn-kontakter som oppgir at deres kommune har innført nye rutiner og standardspørsmål om vold er høyere enn andelen ansatte som oppgir å ha tatt i bruk rutinene og verktøyene. Når det gjelder temaet vold, er ikke spriket mellom innførte rutiner og faktisk bruk like stor som resultatene viste for alkoholbruk.

4.2.4 Samtalemetoder

MI og støttesamtale er metoder som Tidlig inn gir en innføring i, men som krever mer enn en dags kurs for å få under huden. Flere kontaktpersoner sier at de har tatt utdypende MI-kurs og/eller har det i sin utdanning. Flere sier at de bruker det eller elementer av det, men at det ikke er systematisk. På spørsmål om MI eller støttesamtaler var noe kommunen brukte systematisk svarte en Tidlig inn-kontakt følgende:

Ikke systematisk. Vi følte at vi fikk en liten innføring og vi fikk trene litt på noen av de grepene. Det er jo ikke et fullstendig MI-kurs, men tema har vært med og gjort oss bedre i stand til å ta opp litt vanskelige tema. Og en måte å gjøre det på med åpne spørsmål og den metodikken som ligger i MI. Så de føler og har sagt selv at de opplevde det som veldig, de fikk en aba-opplevelse når de satt og trente, vi fikk jo noen caser. Og når du kjenner på både det å være den som skal lede samtalen og hvordan det er å sitte i en samtale som klient eller. Det er veldig godt å kjenne på det, og du gjør deg noen erfaringer som er helt annerledes enn om du bare har kunnskap om noe. Så jeg mener at uten at vi har brukt det systematisk eller føler oss veldig gode på MI så har det gitt oss noen knagger å henge det på og en måte å tenke på når en tilnærmer seg vanskelige samtaler (Tidlig inn-kontakt).

Flere av kontaktpersoner vi snakket med svarte noe lignende. De liker metoden og bruker det, men føler seg ikke utlærte. En barriere som gjør seg gjeldende her er at de ansatte ikke opplever at selve opplæringen er tilstrekkelig utfyllende til at de kan ta i bruk metoden. Dette blir fremhevet som den viktigste grunnen til at de ikke systematisk har tatt i bruk samtalemetodene. Flere av kommunene nevner derfor MI-kurs som en mulig oppfølging etter Tidlig inn. Det er også flere som fremhever dette med å få øve på å bruke metoden, både på kurset og på veiledning, har vært veldig nyttig. MI har tydelig tilført noen nyttige grep for de ansatte når de skal gå inn i vanskelige samtaler. En jordmor utdyper «Jeg liker veldig godt MI, men det er vanskelig, man må prøve å lære. Man blir flinkere og flinkere». En tredje Tidlig inn-kontakt er svært positiv til MI-delen av Tidlig inn opplæringen:

Det var utrolig bra kurs. Vi hadde en veldig flink [foreleser], hun som hadde det kurset. Jeg synes at jeg lærte ekstremt mye. Og så har jeg og en helsesøster, vi gikk sammen det kurset og har gjort en del oppgaver sammen, så vi har holdt det litt sånn at vi av og til tar en case og så leker vi litt sånn at vi prøver. Det er veldig viktig at vi gjør det litt sammen synes jeg. At man får litt sånn veiledning på hvordan man blir flinkere. Det har vi gjort en del. Men det hadde vært flott å få litt dypere, og gå litt videre kanskje. Fått litt mer kurs angående det her. MI er veldig bra (Tidlig inn-kontakt).

Samtidig fremhever Tidlig inn-kontakten særlig dette med å få øve på case og det at hun hadde en partner som hun har arbeidet sammen med om å øve på MI i etterkant som en viktig faktor for at hun var så fornøyd med MI-opplæringen.

Ser vi på resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen til Tidlig inn-kontaktene oppgir 58 prosent (se Tabell 11 under) at MI er innført i deres kommune som følge av Tidlig inn og 71 prosent (se Tabell 12 under) svarer at de har innført elementer av støttesamtale som følge av Tidlig inn. I spørsmål til Tidlig inn-kontakter om henholdsvis motiverende intervju og støttesamtaler, har Tidlig inn-kontakter altså oppgitt at støttesamtaler i størst grad er innført. Tidlig inn har god måloppnåelse også når det gjelder innføring av samtalemetoder.

Tabell 11 Innføring av elementer av motiverende intervju/samtale (MI) som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=33)

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Har elementer av motiverende intervju/samtale (MI) blitt innført i din kommune som følge av Tidlig inn?	58	21	21	100

Tabell 12 Innføring av elementer av støttesamtale som metode blitt innført som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=34).

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Har elementer av støttesamtale som metode blitt innført i din kommune som følge av Tidlig inn?	71	12	18	100

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen til de ansatte om bruk av samtalemetoder, viser at blant jordmødre, helsesøstre og leger oppgir 51 og 47 prosent (Tabell 27 side 69) at de i stor eller svært stor grad i stor eller svært stor grad bruker elementer av motiverende intervju eller støttesamtale. Dette resultatet vurderer vi som godt. Støttesamtale noe bedre enn motiverende intervju.

4.2.5 Handlingskompetanse

En viktig målsetting for opplæringsprogrammet Tidlig inn er å bidra til at deltakerne får økt handlingskompetanse. Problemstillingen som besvares i dette kapittelet er derfor: *I hvilken*

grad opplever de ansatte at de har fått økt handlingskompetanse når det gjelder tidlig identifikasjon og intervensjon?

Målgruppen Tidlig inn henvender seg til er en gruppe som er høyt utdannet og kunnskapsrike på sine felt. Flere Tidlig inn-kontakter snakket i intervjuene om at det er viktig at opplæringen er nyttig inn i de ansattes arbeidshverdag. Siden målgruppen er differensiert og mange har mye kompetanse på områdene fra før, er det en krevende gruppe å gi opplæring til. En Tidlig inn-kontakt oppsummerer inntrykket vi har fått fra flere intervjuer:

Den tilbakemeldingen jeg får fra faggruppene, jordmorgruppen, helsesøstergruppen sped- og småbarn, er at dette synes de har vært nyttig og at det er anvendbart i praksis og at det øker handlingskompetansen. For det synes jeg, nå har jeg jobbet som helsesøster i over 25 år, så jeg synes at det er noe av det som er viktig, det er å få noe kunnskapspåfyll som bidrar til øket handlingskompetanse. Det er veldig mye kurs og seminarer og tematikk som det går an å høre på og lære om, som sier noe om bakgrunn og forståelse, og det er jo ikke unyttig, men det er noe med hva vi gjør med det som er kanskje det største behovet.

For denne kontaktpersonen er det det at Tidlig inn bidrar til økt handlingskompetanse som er ett av de viktigste kriteriene for hennes vurdering av kvaliteten. Hun fremhever at det at kartleggingsverktøyene og metodene er anvendbare i praksis er et viktig ledd for at Tidlig inn øker handlingskompetansen.

4.2.6 Oppsummering

Flertallet av Tidlig inn-kontaktene oppgir at deres kommuner har innført rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro (97 prosent), alkoholbruk (88 prosent) og vold (75 prosent) for noen eller alle relevante yrkesutøvere. Prosentandelen er høy for alle de tre temaene og ut fra dette har opplæringsprogrammet i stor grad ført til innføring av nye rutiner for systematiske samtaler. Det er stor grad av måloppnåelse på alle de tre temaene. Som vi også skal se i neste kapittel er det et språk mellom hvor mange kontaktpersoner som oppgir at deres kommune har *innført* nye rutiner og hvor mange ansatte som har tatt dem i bruk. Organisatorisk har det vært en endring av rutinene i kommunene, men implementeringsprosessen har ikke kommet langt nok til at de ansatte i full utstrekning har tatt dem i bruk.

Av Tidlig inn-kontaktene som svarte på spørsmål i spørreskjema om hvorvidt ulike verktøy/metoder er blitt systematisk innført *som følge av* Tidlig inn, er det flest som oppgir at deres kommune har innført systematisk bruk av EPDS (81 prosent), og et flertall har innført systematisk bruk av AAS/standardspørsmål om vold (66 prosent) og TWEAK (60 prosent) som følge av Tidlig inn. TWEAK-skjemaet ser ut til i minst grad å ha blitt innført som følge av Tidlig inn, men vi ble gjort oppmerksomme på at i de kommunene som har deltatt i modellkommuneprosjektet var en del av verktøyene allerede innført. Av denne grunn har de ikke oppgitt at verktøy og metoder har blitt innført som følge av Tidlig inn. De kan likevel være innført. Det er stor grad av måloppnåelse på alle de tre temaene. 58 prosent av Tidlig inn-kontaktene oppgir at deres kommune har innført elementer av MI og 71 prosent oppgir å ha innført elementer av støttesamtale som følge av Tidlig inn.

Intervjudataene viser at Tidlig inn-kontaktene opplever at det er utfordrende å komme i gang med å bruke verktøyene og metodene og dette kan forklare hvorfor datamaterialet til dels

viser forskjeller mellom andelen kontaktpersoner som oppgir at deres kommune har innført en metode eller verktøy, og de ansattes oppgitte bruk av dem. Vi anbefaler at opplæringsprogrammet justeres slik at implementering, og det å bli enda bedre på å ta i bruk verktøyene blir sterkere vektlagt på opplæringsdagene. Når dette er poengtert må vi presisere at den helhetlig vurderingen er at Tidlig inn har gode resultater når det gjelder å bidra til endringer i hvordan kommunene og de ansatte arbeider for å best mulig ivareta barn i en utsatt posisjon og for å tidlig følge opp foreldre med utfordringer knyttet til alkohol, vold og nedstemthet. Tidlig inn blir beskrevet som nyttig og anvendbart og kontaktpersonene mener at det bidrar til økt handlingskompetanse for de som skal drive dette arbeidet.

4.3 Samhandling

Den andre problemstillingen oppdragsgiver ønsker svar på i denne evalueringen er: *I hvilken grad er det blitt etablert hensiktsmessige arenaer og rutiner for kommunen for å forbedre samhandlingen mellom tjenestene i møte med gravide, småbarnsforeldre og deres barn?* Dette kapittelet vil besvare denne problemstillingen.

Ett av målene til Tidlig inn er å bidra til økt samarbeid på tvers av tjenester i kommunene. Dag 5 er satt av til dette og i tillegg er det et element i underbyggingen av hele opplæringen. At Tidlig inn har deltakere fra en bred målgruppe har kanskje vært det viktigste bidraget for å få økt samarbeid på tvers. At alle får tilgang til den samme kunnskapen og at deltakerne må arbeide med case i grupper på opplæringsdagene har ført til bedre forståelse for hvordan andre faggrupper tenker og arbeider med konkrete saker. Dette er et konkret tiltak for å minske den kognitive distansen mellom aktørene og sørge for at ansatte fra ulike deler av kommunen får samme kunnskapsdybde (jf. Petruzzelli et al. (2007)). Hvordan Tidlig inn eventuelt har bidratt til bedre samarbeid på tvers av enheter er de som ble intervjuet uenige om. Noen mener absolutt at det har bidratt til bedre samarbeid, mens andre ikke har opplevd det på samme måte. En Tidlig inn-kontakt forteller:

Vi har fått noe mer konkret å samarbeide om. Men vi har jo invitert alle disse her når vi hadde de opplæringsdagene (...), fra barnevernstjenesten har de deltatt hver gang en til to stykker sånn at vi har hatt dem med hele tiden på en måte. Så når vi sender opp en tiltaks skjede ved andekking av vold og ber dem kikke på den så er de jo veldig fornøyde med det. (...) Så de er veldig positive når vi har sendt opp disse rutinene for en sånn gjennomgang og vurdering da. Så vi har fått bedre kontakt.

I et annet intervju har vi fått en forståelse av at informanten mener at Tidlig inn har bidratt til mer samarbeid og spør om denne oppfatningen stemmer. Tidlig inn-kontakten svarer da:

Ja, jeg mener at den har bidratt til det. Vi har jo ikke vært helt vekkreiste før heller da. Vi er jo en liten kommune så vi er jo avhengige av å samarbeide på tvers og vi kan ikke si at «det kan ikke jeg gjøre». Ofte må vi flyte litt, vi må rett og slett trå til når det er nødvendig. Så vi hadde oppe og gikk en del sanne tverrfaglige faste møter for Tidlig inn og, men jeg opplever i hvert fall at vi er mer bevisste i bruken av dem og hvilke tema vi fokuserer på og ja... Vi har fått andre mål og innhold i de sammenstillingene vi har hatt fra før.

Tidlig inn har bidratt til mer bevisst bruk av allerede etablerte samarbeidsarenaer i denne kommunen. Å etablere samarbeidsarenaer og møteplasser kan være en måte å redusere den geografiske og den organisatoriske distansen mellom ulike aktører som skal samarbeide. En

tredje Tidlig inn-kontakt er svært positiv til hvordan Tidlig inn har bidratt til bedre samarbeid på tvers og mener at denne delen av Tidlig inn er svært viktig.

Jeg synes at den opplæringen, det var en sånn prosess og det var altså veldig flott at det var så mange forskjellige, det ble litt sånt naturlig flerfaglig samarbeid når vi var på de opplæringsdagene sammen, og der ble det allerede en del diskusjon og så ble vi delt inn i grupper. Sånn at det ble litt naturlig samarbeid. Og vi så hvor viktig det er. Så vi tenkte helt annerledes om samme saken, barnevernet og helsesøstrene og jordmor, og vi ser fra vår vinkel. Så den samarbeidsbiten er veldig viktig. (...) Jeg synes at det var nyttig og man tenker litt annerledes nå.

En Tidlig inn-kontakt som ikke mener at Tidlig inn har bidratt til mer samarbeid forklarer dette med forhold i egen kommune, som for eksempel at barnevernet har vært gjennom omorganisering eller at etater har vært svært presset på tid og arbeidsoppgaver, som har gjort at samarbeid på tvers ikke har vært mulig å prioritere. Samtidig er denne Tidlig inn-kontakten tydelig på at det har vært veldig viktig for en bedre felles forståelse i kommunen av problemområdene å gjøre øvelser og å diskutere case på tvers av tjenestene. Hun opplevde at det var stor ulikhet i forståelsen av problemområdene innad i kommunen. Her har det tydelig blitt avdekket en kognitiv distanse mellom deltakerne som var fra ulike tjenester. På grunn av opplæringsprogrammet mener denne Tidlig inn-kontakten at de ansatte i hennes kommune har blitt bevisste på ulikhetene, og med et slikt utgangspunkt kan hun se for seg bedre samhandling på tvers av tjenestene i fremtiden. Tidlig inn kan altså virke stimulerende på samhandlingen mellom tjenestene i kommunene, forutsatt at tjenestene har tid og ressurser til å prioritere det.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen til Tidlig inn-kontakter viser at Tidlig inn-kontaktene i 49 prosent (se Tabell 13 under) av kommunene kjenner til at det har blitt etablert nye samarbeidsarenaer eller møteplasser. Kommunene har allerede samarbeidsarenaer og spørsmålet fanger ikke inn hvorvidt de har endret eller forbedret de allerede etablerte samarbeidsarenaene. At halvparten av kommunene har laget nye samarbeidsarenaer er derfor et resultat det er lite grunn til å være veldig misfornøyd med.

Tabell 13 Etablering av nye samarbeidsarenaer og møteplasser som følge av Tidlig inn. Prosent. (N=35)

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Har deltakelsen i Tidlig inn ført til etablering av nye samarbeidsarenaer og møteplasser?	49	40	11	100

I spørsmål til Tidlig inn-kontakter om kommunens tilrettelegging for økt tverrfaglig samarbeid, kan vi se at 51 prosent (se Tabell 14 under) har svart at deres kommune i stor grad eller svært stor grad har tilrettelagt for samarbeid i etterkant av deltakelsen i Tidlig inn. Resultatene viser at Tidlig inn så vidt er innenfor det vi vurderer som god måloppnåelse. 12 prosent mener at kommunen ikke i det hele tatt eller i liten grad har lagt til rette for økt tverrfaglig samarbeid. Dette tyder på at mange kommuner legger godt til rette for samarbeid på tvert av de ulike tjenestene, men at det også er en gruppe kommuner som har litt å gå på når det gjelder tilrettelegging for samhandling internt.

Tabell 14 Tilrettelegging for økt tverretattlig samarbeid etter Tidlig inn. Prosent. (N=33)

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	I stor/svært stor grad	Sum
I etterkant av deltakelsen i Tidlig inn, i hvilken grad synes du kommunen har lagt til rette for økt tverretattlig samarbeid?	12	36	36	15	51	100

På slutten av spørreskjemaet hadde Tidlig inn-kontaktene mulighet til å legge inn kommentarer. Flere av disse kommentarene handler om at det kanskje ikke er opprettet nye samarbeidsarenaer i kommunen, men at de som allerede var er styrket, supplert med nye aktører og eller med nytt fokus etter Tidlig inn. Flere kommenterer også at f.eks. Modellkommuneforsøket har hatt stor betydning for samarbeidet i kommunen og at det etablerte samarbeidet har blitt videreført og styrket etter Tidlig inn, men at de vanskelig kan si at det er Tidlig inn i seg selv som er årsaken til etablering av nye samarbeidsarenaer.

Det er mye positivt ved Tidlig inn, og opplæringsprogrammet har mange styrker. En av de viktigste styrkene er, slik Tidlig inn-kontaktene ser det, muligheten de ansatte, har til å erfare ulike yrkesgruppers forståelse og vurderinger av konkrete saker. Særlig fremheves dag seks, som kommunene i stor grad kan forme selv, som sentral for å utvikle forståelse på tvers. En Tidlig inn-kontakt beskriver det som dynamitt:

Nei, vi hadde jo egentlig denne runden etter samling fem, på hva vi ønsket i samling seks. Og da var det akkurat dette med hva vi tenker at vi hadde behov for nå, etter hva vi hadde hørt til nå. Og da var det det som går på det tverrfaglige og hvordan vi kan dra i samme retning og dra sammen. Og det vi hadde siste dagen var noen caser der hver av tjenestene fikk hver sin bit av en informasjonspakke rundt en familie, og så skulle vi drøfte innad hva dette var for noe og hvordan vi skulle drøfte innad utfra det vi visste, og så skulle vi sette oss sammen med de andre tjenestene og dele informasjon. Og den opplevelsen av hva det gjorde med hele holdningen til problematikken og mulighetene vi så når vi var tettere sammen var ekstremt nyttig. Og det har jeg hørt igjen fra flere av tjenestene etterpå, at det der var dynamitt. Så det er praktisk i forhold til det videre arbeidet. Så jeg tenker at uten dag seks så hadde vi ikke vært så samkjørte videre som det vi følte at vi ble med dag seks.

I denne kommunen var dag seks helt sentral for hvordan de klarte å arbeide videre med temaene og hvordan de her fikk endret hele holdningen til problematikken. Om kommunene skal lykkes med implementeringen av verktøyene fra Tidlig inn forutsettes det at de ansatte på tvers av enheter klarer å etablere en viss felles plattform og felles forståelse av hva det kan bety for et barns liv om foreldre har psykiske vansker, rusproblemer eller om det er vold i familien. En annen Tidlig inn-kontakt fortalte om hvordan psykisk helsetjenesten for voksne i kommunen etter Tidlig inn endelig hadde tatt innover seg at de hadde en viktig rolle i å kartlegge om deres brukere hadde barn og hvilke behov disse barna eventuelt hadde. Dette vitner om en utvidet forståelse av problematikken og at man ved å tenke mer tverrfaglig har mulighet til å hjelpe barn i sårbare situasjoner på en enda bedre måte.

Samarbeid på tvers i kommunene er en utfordring som de intervjuede i kompetansesentrene og direktoratene tok opp. Økt samarbeid ligger som et forventet resultat av Tidlig inn, men det kommer ikke av seg selv. Flere av de intervjuede stiller spørsmål om det er noe mer man kan gjøre på opplæringsdagene for å bidra til økt samarbeid. I sammenheng med dette må vi trekke fram at flere har påpekt hvor viktig dag 6 er for å fremme samarbeid. At det er mye som har skjedd på denne dagen som har ført til økt forståelse på tvers av etater, som igjen har lagt til rette for mer samarbeid.

Møreforskning finner at en robust samhandlingskultur i kommunen og felles verdier blant ledelse og ansatte er helt avgjørende for samhandlingen om utsatte barn og unge. Bygging og ivaretagelse av samhandlingskultur må gjøres gjennom et kontinuerlig holdningsskapende arbeid. Forfatterne påpeker også at det ligger et stort potensiale i å skape større politisk vilje og innsikt til langsiktig satsning på utsatte barn og unge og tidlig innsats spesielt (Kaurstad, Bachmann, Bremnes & Groven, 2015). Tidlig inn er en måte å etablere en felles forståelse og samarbeidsarena som kan bidra til å skape denne verdifulle samhandlingskulturen i kommunene. Selve opplæringen i Tidlig inn blir i så måte bare startpunktet for en slik utvikling og det viktige arbeidet vil komme i sammenheng med at de ansatte utvikler samarbeid og forståelse på tvers av enheter og kunnskapsdomener.

4.3.1 Oppsummering

Halvparten av kontaktpersonene oppgir at det i deres kommune har blitt etablert nye samarbeidsarenaer som følge av Tidlig inn. Her mener vi det er rom for forbedringer. Der det ikke har blitt etablert *nye* samarbeidsarenaer, har Tidlig inn bidratt til å styrke forståelsen på tvers av enheter i kommunene og til å styrke de allerede etablerte samarbeidsarenaene. Dette er et positivt resultat. Opplæringsprogrammet bør forbedres mot å bidra til faktisk samhandling i kommunene, all den tid dette er et mål for programmet. Et viktig resultat når det gjelder samarbeid er at opplæringsprogrammet har ført til økt bevissthet rundt *verdien* av å samarbeide og å dele informasjon. Å oppleve hvor forskjellig ulike faggrupper vurderer samme case, har tydelig gjort inntrykk på deltakerne.

Det helhetlige inntrykket er at Tidlig inn i de fleste kommuner bidrar til økt samarbeid, men at dette samarbeidet har tatt ulik form. Et viktig bidrag i så måte er at verdien av samarbeid har blitt belyst og vært en øyeåpner for mange. Det viktigste bidraget fra Tidlig inn når det gjelder samarbeid er å minke den kognitive distansen mellom tjenester og faggrupper i kommunene. Altså å sørge for at de ansatte utvikler en bedre forståelse for hverandres kompetanse, forståelse og innfallsvinkel til arbeidet med gravide og småbarnsforeldre i sårbare situasjoner.

4.4 Tryggere med hensyn til å spørre om sårbare temaer

En målsetting ved Tidlig inn er å gi de ansatte verktøy slik at de i større grad skal begynne å spørre om vold, nedstemthet og uro og alkoholbruk. Oppdragsgiver ønsker derfor at evalueringen skal besvare problemstillingen: *I hvilken grad har opplæring i kartleggingsverktøy og samtalemetoder gjort ansatte og ledere tryggere med hensyn til å spørre om psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner?* Vi ser på veiledningen som en viktig del av opplæringen, derfor omhandler dette kapittelet også veiledningens rolle i å gjøre de ansatte tryggere på å spørre.

Det å tørre å spørre er ikke selvsagt for helsepersonell. Flere av Tidlig inn-kontaktene vi intervjuet forteller at alkoholbruk, vold og nedstemthet har blitt ansett som en privatsak som jordmødre og helsesøstre ikke har noe med. Dette responderer godt med forskning på tidlig intervensjon, som viser at det er mange barrierer knyttet til det å samtale med brukere (Nilsen et al., 2008). Et viktig element for å tørre og spørre handler derfor om rutiner. Det er mindre belastende å ta opp et tema hvis det er en rutine, enn hvis det er helsesøster eller jordmors eget initiativ. Tidlig inn-kontaktene forteller at når spørsmålene blir legitimert gjennom det å være rutine og standardspørsmål som alle får, så opplever brukerne seg i mindre grad mistenkeliggjort. På spørsmål om hun har blitt tryggere på å spørre om temaene etter Tidlig inn-opplæringen svarer denne Tidlig inn-kontakten:

Ja, jeg vil jo si det. Jeg tenker at det er lettere å generalisere det og si at dette er noe vi spør alle om og at vi har det i system, at det ikke blir sånn at «jeg lurer på om du har det litt vanskelig», du kan på en måte generalisere det litt, heve det opp litt og snakke om at ting er ganske vanlig og samtidig ikke stemple noen. Jeg tenker at folk ikke blir stemplet eller støtt når du tar det opp i sanne rammer. Det gjør det til å bli et lettere tema i hverdagen og det gjør det til et tema for alle. Så jeg synes at det har hjulpet, selv om jeg fortsatt synes det er vanskelig.

En annen Tidlig inn-kontakt som også er tjenesteleder forteller om at jordmødrene og helsesøstrene i hennes stab har vært gjennom en trygghetsprosess.

Med de verktøyene og den opplæringen så har jeg jo opplevd at jordmødrene har blitt mye tryggere på å spørre om både alkohol og annen rus. (...) Jeg ser jo som tjenesteleder at det har vært en sånn trygghetsprosess for både helsesøstre og jordmødre og at det å ha verktøy som formulerer spørsmål for deg har vært viktig. Samtidig som at nå har de blitt tryggere og kan kanskje spør i andre anledninger også om det uten å nødvendigvis bruke verktøyene fra ende til annen hvis du skjønner.

En tredje Tidlig inn-kontakt blir veldig selvransakende når spørsmålet om de har blitt tryggere på å spørre, og konkluderer med at «*bøygen ligger i oss selv fant vi ut. Vi kan få aldri så mye opplæring, men det hjelper ikke, man må på en måte ta tak i det og jobbe med de som skal gjøre det. (...) Men man får aldri nok opplæring, (...) men bøygen ligger i å spørre om vold. Vi må bare bli vant til det*». Det er flere som forteller om at det sitter langt inne å begynne og spørre, men at det går bedre etter hvert som de får mer øvelse og blir tryggere både på spørsmålsstillingen og på brukernes reaksjoner. I følge nye retningslinjer anbefales det sterkt at helsepersonell spør om vold (Helsedirektoratet, 2014). Særlig blir veiledningen og praksisoppgavene, blant annet gjennom rollespill, på opplæringsdagene fremhevet som viktige i denne prosessen. Et tredje element som flere tar opp er at det å ha utarbeidet tiltakskjeder er viktig for å føle trygghet i å kunne håndtere svar som kommer. Et fjerde element er at trygghet smitter: «*Men jeg håper jo det at det at vi torr å spørre og virker trygge på temaet selv gjør at brukere som er utsatt eller i fare for det vil tørre å si noe om det*». Tematikken i Tidlig inn er fremdeles tabubelagte, og det at temaene blir tatt opp har den effekt at det gjør brukerne tryggere er en interessant refleksjon.

Å tørre å spørre blir betegnet som en bøyge de ansatte må overkomme, men det er jo også slik at som man spør får man svar og en jordmor forteller denne historien som fremhever viktigheten av å tørre å spørre direkte og ikke bare generelle spørsmål.

Jeg hadde en som hadde opplevd ganske alvorlige ting som barn, og aldri hadde fortalt det til noen andre. (...) så spurte jeg «hadde du fortalt til meg hvis jeg ikke spurte?» og så sa hun «det hadde jeg aldri fortalt, men du spurte så direkte så jeg følte jeg måtte være ærlig å svare, du så meg i øynene og

spurte og da kunne jeg ikke lyve til deg». Og det var helt utrolig. Så der så man hvor viktig det er at man spør. Ja, og pga. når jeg spurte sånn generelt om vold så sa hun faktisk nei, men så spurte jeg alltid som psykisk og seksuell og sånn og da kom det der at «ja, det har jeg opplevd». (...) Men hun sa at hvis jeg bare hadde spurt generelt om vold så hadde hun ikke sagt noen ting, men når jeg spurte direkte der, har du opplevd seksuelt misbruk eller vold, så måtte hun bare svare ja. Så det er også at man er ganske sånn nøye, at man ikke bare generelt lett spør. Det er ikke alltid de svarer da. Man må ganske dypt gå inn i, og jeg prøver alltid å si det at jeg spør fordi at det påvirker så mye, vi vet at fødselen kan stoppe opp for eksempel hvis man har opplevd seksuell vold og sånne ting. Og det kan være at man føder med keisersnitt pga. det og det kan være kjempevanskelig å få den morsfølelsen. Det påvirker så mye, svangerskap, fødsel og det å være mamma, så det er veldig viktig at vi spør. Og da tenker de kanskje litt mer at ja, det er viktig at jeg forteller. Det er kanskje litt viktig å forklare litt hvorfor det er så viktig at vi skal vite om det, at vi kan hjelpe dem, at vi kan få det bedre, og at det kan gå bra med deres barn også. Alle gravide f.eks. er så opptatte av at barnet skal ha det best mulig. Så når man forteller det sånn så tenker de kanskje at de må fortelle fordi det er viktig for at barnet skal ha det bra (Tidlig inn-kontakt).

En annen Tidlig inn-kontakt reflekterer også over hvordan praksisen etter Tidlig inn kunne ha avdekket et problematisk forhold hvis hun hadde spurt tidligere.

Senest i dag kom det en politisak som vi må svare på pga. det har vært vold i familien. Og da tenkte jeg herregud, hun gikk hos meg, og jeg har skrevet at hun er deprimert og jeg har snakket om depresjon med henne, men jeg har ikke spurt om hun ble slått hjemme. Hvis jeg hadde gjort det så kanskje. Nå har det gått mange år, så jeg ble bare sånn huff, hvorfor gjorde jeg det ikke allerede da, og spurte alle. Sånn at det kan være at hun hadde fortalt hvis vi hadde spurt, men det er ikke sikkert. Men hun hadde kanskje litt fortalt det til noen enn nå fem år etterpå.

Denne lille historien belyser også konsekvensen av å ikke oppdage, og å ikke tørre å spørre. Tidlig inn-kontakten vil aldri vite om brukeren hadde svart ærlig om hun hadde spurt, men å spørre f. eks. om hun føler seg trygg hjemme kunne innledet en samtale som kunne ha gjort en forskjell i dette tilfellet.

4.4.1 Oppsummering

Tidlig inn har bidratt til å gjøre de ansatte tryggere med hensyn til å spørre om sårbare tema. Det er viktig å opprettholde denne tryggheten gjennom fortsatt veiledning. Vi anbefaler at direktoratene vurderer hvordan trygghetsprosessen og/eller veiledningsprosessen kan opprettholdes og styrkes.

Tidlig inn-kontaktene vi har snakket med har problematisert dette med å tørre og spørre. Temaene, særlig vold, oppleves som sterke tabuer for mange, og det omtales som en bøygd må komme over for å tørre og spørre. Likevel er det tydelig at opplæringsdagene med undervisning, praktiske øvelser og veiledning har vært viktig for å gjøre bøygen mindre. At det har blitt innført rutiner for å spørre om temaene og utarbeidet tiltakskjeder internt i kommunene er positivt.

4.5 Deltakelse i veiledning

I intervjuene fremhevet flere av Tidlig inn-kontaktene hvor viktig, nyttig og bra veiledningen hadde vært, særlig med tanke på å bli trygg i å bruke verktøyene og metodene.

Jeg tenker det er kjempe viktig at det er den veiledningen som er og at man over på de tingene man har lært sånn at man kjenner at man blir så trygg som mulig når man skal spørre. Så det er viktig at det videreføres, at man har krav om veiledning underveis og etter (Tidlig inn-kontakt).

En annen Tidlig inn-kontakt er også svært positiv «Og så synes jeg det var veldig bra at vi hadde den veiledningen etterpå. Det var veldig lærerikt».

I spørreskjemaet til Tidlig inn-kontakter oppgir 61 prosent (Tabell 15 under) at kommunen deres har gjennomført veiledning i etterkant av Tidlig inn. Dette er innenfor det vi kan si er god måloppnåelse, men i og med at veiledning er en viktig del av implementeringsprosessen i etterkant burde man kunne forvente en større andel som innførte veiledningen.

Tabell 15 Innføring av veiledning til ansatte. Prosent. (N=33).

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Har kommunen innført veiledning til ansatte i implementering av innhold fra Tidlig inn?	61	30	9	100

50 prosent oppgir at kommunen har blitt fulgt opp av opplæringssteamet (Tabell 16 under). Her kan resultatene bli bedre. Av de som har deltatt, har de fleste deltatt i mindre enn 1 år, men som Tabell 18 side 60 viser så har halvparten av utvalget deltatt på Tidlig inn i år eller i fjor.

Tabell 16 Har kommunen blitt fulgt opp av opplæringssteamet. Prosent. (N=34).

	Ja	Nei	Vet ikke	Sum
Har kommunen blitt fulgt opp av opplæringssteamet i etterkant av deltakelsen i Tidlig inn?	50	29	21	100

Mange av kommentarene på slutten av spørreskjemaet til Tidlig inn-kontakter omhandler veiledning. Kort oppsummert skriver respondentene at det har vært veldig nyttig, vanskelig å få til, blitt avsluttet for tidlig og vært svært viktig i implementeringsfasen.

Veiledning i etterkant av gjennomført opplæring fremstår i intervjuene med direktoratene og kompetansesentrene som et viktig suksesskriterium for at kommunene skal lykkes med implementeringen. Flere beskriver at det er en terskel å komme over når kommunene skal ta

i bruk kartleggingsverktøy som en inngangsport til en god samtale som kan få fram om den enkelte trenger oppfølging, enten fra helsestasjon eller fra andre. Flere av de vi intervjuet fra kompetansesentrene og direktoratene forteller at veiledningen er viktig for å støtte de ansatte slik at de kommer over denne terskelen og få en arena for å øve på bruk av verktøy og metoder. Disse synspunktene kommer frem både blant de som ble intervjuet fra kompetansesentrene og blant de som ble intervjuet fra kommunene. Selve veiledningen, når den fungerer, beskrives som en styrke ved Tidlig inn, og det som gjør opplæringsprogrammet unikt. Samtidig er det tydelig at hvordan veiledningen fungerer og gjennomføres i stor grad er tilfeldig og varierer fra kommune til kommune. Ett innspill til videre utviklingen av Tidlig inn er derfor å arbeide med en større grad av systematisering og kvalitetssikring av veiledningen for å sikre en best mulig implementeringsprosess.

4.5.1 Oppsummering

61 prosent av de spurte oppgir at deres kommune har gjennomført veiledning i etterkant av opplæringsprogrammet. Dette vurderer vi som god måloppnåelse, men med rom for forbedring. Deltakelse i veiledning er en svært viktig del av programmet og vi burde kunne forvente en høyere deltakelse. 50 prosent oppgir at de ble fulgt opp i etterkant av opplæringsteamet. Med tanke på å sikre en god implementering, burde denne andelen vært høyere. Opplæringen i Tidlig inn må forbedres når det gjelder deltakelse i veiledning og oppfølging i etterkant.

4.6 Bedre til å hjelpe og å henwise foreldre videre

Evalueringen skal svare på problemstillingen: *I hvilken grad opplever de ansatte at opplæringsprogrammet har bidratt til å gi adekvat hjelp eller å henwise foreldrene videre for ytterligere oppfølging?* Denne problemstillingen handler om i hvilken grad de ansatte opplever at opplæringsprogrammet har gjort dem bedre til å hjelpe brukere som er i sårbare situasjoner.

På spørsmålet om Tidlig inn har gjort dem bedre til å hjelpe er Tidlig inn-kontaktene samstemte, uavhengig av hvor langt i implementeringsprosessen kommunene har kommet, så opplever de at de er bedre til å hjelpe bare på grunnlag av at de har blitt bevisste på problematikkene, og slik vurderer symptomer annerledes nå enn før.

Det kan jeg si, bare som eksempel, en som jobber med fire-åringer. (...) det er en veldig urolig unge som hun helsesøsteren snakker om. Man tenker, oj, hva er dette her? Det kan gjerne være vold. Ja, sånn at man tenker vold før man gjorde før. For før var det urolige unger, at det var noe med ungen, nå tenker vi mere at, hvordan familiemonster er det her? (Tidlig inn-kontakt)

Et annet eksempel fra en annen kommune fremhever hvordan en endret bevissthet har gjort dem bedre til å hjelpe.

Så nå har vi kanskje litt mer fokus på det. Vi har oppdaget at barnet ikke gikk opp i vekt og så lurte vi på hvorfor, barnet var ikke sykt, og så fant vi til slutt ut at moren ble slått nesten hver dag og at hun ikke kan produsere melk fordi hun er så stresset og lei seg. Så vi fant grunnen. Når hun flyttet ut av det huset så begynte barnet å gå opp i vekt. Sånn at det kan være sånne ting som vi ikke hadde, og det sa helsesøstrene, at de hadde ikke tenkt det, men når vi er i det her så var det naturlig å spørre. Og de hadde kanskje ikke funnet grunnen og kunnet hjelpe hvis vi ikke var så opptatte av vold og sånn. (...) Vi føler at vi har lært nå, og vi føler vi gjør en bedre jobb nå når vi bruker disse,

MI og bruker skjemaene og tar opp temaene. Det ser jeg at helsesøstrene også føler og ikke bare jeg, men helsesøstrene føler også at de gjør bedre jobb (Tidlig inn-kontakt).

En annen sier mye av det samme, men legger til at hun opplever en vridning fra å kun være en slags «kontrollør» til i større grad kunne tilby hjelp og støtte der det måtte trenge.

Jeg føler at de får bedre oppfølging nå. Så jeg er veldig fornøyd. Det har gjort at jeg f.eks. tenker litt annerledes og oppdager en del ting som jeg ikke oppdaget før. Og så tenker jeg at de får litt sånn tanker de gravide også og skjønner at vi ikke bare er her for de kontrollene som står i veilederne, men at vi er også her for å gi hjelp ellers og støtte ellers. Sånn at det blir litt lettere å kontakte oss når vi snakker åpent om de her, vold og selvfølgelig rus og psykisk helse. Så jeg tror det er litt lettere for dem å ta kontakt med oss hvis det er noe (Tidlig inn-kontakt).

I tillegg framhever denne Tidlig inn-kontakten at det at temaene kommer opp ikke nødvendigvis fører til oppdagelser der og da, men kan åpne opp for at brukerne kan ta opp temaene senere og føler en trygghet i at helsestasjonen er et sted hvor det går an å få hjelp.

For Tidlig inn er det ikke antallet oppdagede saker man er opptatt av, men at de som trenger hjelp skal få det tidlig. Det ikke er så lett å be om hjelp når man har en av de tre problemene som er i fokus i Tidlig inn. Opplæringen handler om å bli bevisst at helsepersonell skal gi hjelp til de som treger det, men vi må bli flinkere til å finne ut hvem som trenger hjelpen og hva de trenger hjelp til. Dette som et forebyggende arbeid til det beste for barnet. Dersom kommunene oppdager flere med utfordringer knyttet til psykisk helse, vold eller rus, kan dette være en indikasjon på om de har blitt bedre til å hjelpe, det har selvfølgelig vært vanskelig for kommunene å vite dette, med tanke på at de færreste har ført statistikk. En kommune hadde faktisk gjort det, og ble positivt overrasket: «Og vi valgte også å registrere alle funn, (...), vi la ut statistikk på funnene våre for å følge om vi fant flere enn det vi hadde funnet før. (...) Vi har funnet flere enn vi har gjort tidligere». En annen Tidlig inn-kontakt forteller at hun vet at barnevernet i kommunen har fått flere saker med mistanke om vold. Utover disse konkrete eksemplene er Tidlig inn-kontaktene svært usikre på hvorvidt de oppdager fler eller ikke, men flere begynner å snakke om at det kanskje heller er ikke det viktigste. Det viktigste er kanskje at både de selv som yrkesutøvere og brukerne har blitt mer bevisste på disse temaene og på hvilke skader det kan føre til.

4.6.1 Oppsummering

Tidlig inn-kontaktene som ble intervjuet er samstemte i at Tidlig inn har vært nyttig og av god kvalitet og på den måten har gjort at de er blitt bedre til å hjelpe. Særlig opplever de ansatte at de har fått økt bevissthet om og sensitivitet for tegn på vold, nedstemthet og problematisk alkoholbruk. Den nye kunnskapen gjør at de tolker tegn annerledes og lettere tar kontakt med andre hjelpeinstanser eller kollegaer om de er i tvil.

4.7 Konklusjon

Resultatene viser at flertallet av kommunene har innført nye rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro, alkoholbruk og vold. Som følge av Tidlig inn har de fleste innført systematisk bruk av EPDS. AAS/standardspørsmål om vold og TWEAK er også innført i flertallet av kommunene. Flertallet av kommunene oppgir også å ha innført elementer av MI og Støttesamtaler som følge av Tidlig inn. Det er god måloppnåelse på alle disse punktene.

Når vi ser på *innføringen* av nye verktøy, metoder og rutiner, har Tidlig inn ført til innføring av nye rutiner i deltakerkommunene. Det er en større andel av kontaktpersoner som oppgir at deres kommune har innført nye rutiner enn andelen ansatte som oppgir å ha tatt dem i bruk. En brei innføring av nye rutiner, metoder og verktøy er første ledd mot en praksisendring i kommunen. Opplæringsprogrammet har ført til sterkere bevissthet rundt verdien av å samhandle, men resultatene viser at det er rom for forbedring når det gjelder å etablere nye samarbeidsarenaer. Tidlig inn har gjort de ansatte tryggere med hensyn til å spørre om sårbare temaer ifølge Tidlig inn-kontaktene, men dette er en prosess hvor veiledningen har en viktig rolle. Andelen av kommuner som deltar i veiledning burde vært høyere. Inntrykket fra intervjuene med Tidlig inn-kontaktene er at de opplever programmet som nyttig og med god kvalitet, men at det er en for stor avstand mellom det å innføre nye rutiner og verktøy og å ta rutiner og verktøy i bruk. Opplæringsprogrammet må legge sterkere vekt på iverksetting av redskapene det gis innføring i.

5 De ansattes læringsutbytte og endring av praksis som følge av Tidlig inn

Dette kapittelet viser vurderingene til de ansattes som har tatt stilling til spørsmålene eller påstandene i spørreskjema. Vi har her tatt ut de som har svart «vet ikke», for å tydeliggjøre fordelingen blant de som har tatt stilling. De som har svart «vet ikke» har ikke ønsket eller følt seg berettiget til å ta stilling til påstandene. Det kan være ulike grunner til det f.eks at de arbeider administrativt, eller av en annen grunn ikke opplever det som relevant å ta stilling. Tabellene er delt mellom de ulike målgruppene for Tidlig inn; skal delta-gruppen (jordmødre, helsesøstre og leger), og bør og kan-delta gruppen (andre yrkesgrupper). Resultatene er sortert for hver gruppe etter hhv sammenslåtte kategorier av «Helt enig» og «Delvis enig» og av «I stor grad» og «I svært stor grad». Når det gjelder spørsmålene med svaralternativer fra «ikke i det hele tatt» til «i svært stor grad» vil vi gjerne påpeke at de som velger kategorien «i noen grad» også har vurdert seg på den positive enden av skalaen. I fordelingene under vil leserne se at det ofte er svært mange i denne kategorien. Når det gjelder helt/delvis enig inkluderer disse alle som vurderer at de er på den positive enden av skalaen. De spørsmålene eller påstandene hvor det er signifikante forskjeller mellom de to gruppene er merket med stjerne (*).

Som vurderingskriterier velger vi å sette at 70 prosent eller mer bør være i samlekategoriene for at vi skal vurdere måloppnåelsen som god når det gjelder læringsutbytte. Denne er satt så pass høyt fordi vi ikke regner med at det er et stort antall som har deltatt på et opplæringsprogram uten å få noen form for læringsutbytte. Når det gjelder endring av praksis er dette en annen og mer krevende prosess. Vi har derfor satt 50 prosent som kriterium for god måloppnåelse her. Aller først i kapittelet vil vi kort vise hvem det er som har besvart spørreskjemaundersøkelsen.

5.1 Kjennetegn ved de ansatte som har svart på spørreskjema

Fordelingen blant de ansatte er i tabellen under. Tabell 17 under viser at det er flest respondenter fra region øst og færrest fra region vest. Vi hadde flest e-postadresser fra region øst i utvalget. Det er også en tredjedel som ikke oppgir kommunetilhørighet.

Tabell 17 De ansatte fordelt på region

Region	Antall	Prosent
Nord	49	17
Midt	32	11
Vest	7	2
Øst	97	33
Sør	18	6
Ikke besvart	88	30
Sum	291	100

5.1.1 Årstall for gjennomføring av Tidlig inn

Hovedvekten av deltakerne har svart at de gjennomførte opplæringsprogrammet i 2014 og 2015 (61 %, se Tabell 18 under). Hovedvekten av respondentene har altså gjennomført Tidlig inn etter at AAS ble tatt ut av opplæringen. 31 prosent husker ikke når de deltok.

Tabell 18 Ansattes gjennomføring i opplæringsprogrammet Tidlig inn?

Årstall	Antall	Prosent
2011	4	1
2012	24	8
2013	24	8
2014	69	24
2015	78	27
Husker ikke/ikke besvart	92	31
Sum	291	100

5.1.2 Ansattes yrke og erfaring

Tabell 19 under viser at flertallet av deltakerne er helsesøstre (39 prosent). Jordmødre og barnevernspedagoger er også store grupper med 13 og 12 prosent av deltakerne. Det er få som oppgir å være fra barnehage eller skole, men 14 prosent har svart annet.

Tabell 19 Ansattes yrker

Yrke	Antall	Prosent
Helsesøster	98	39
Annet	35	14
Jordmor	32	13
Barnevernspedagog	30	12
Sosionom	21	8
Psykiatrisk sykepleier	19	8
Psykolog	9	4
Lege	5	2
Barnehagelærer	4	2
Barne- og ungdomsarbeider	0	0
Lærer	0	0
I alt	253	100

I Tabell 20 under deler vi respondentene inn etter skal, bør og kan delta. Det er 128 jordmødre, helsesøstre og leger som er i skal-gruppen (44%).

Tabell 20 Ansatte delt etter om de tilhører skal-gruppen eller bør/kan-gruppen

Ansattgrupper	Antall	Prosent
Skal delta	128	44
Bør og kan delta	113	39
Ikke oppgitt yrke	50	17
I alt	291	100

Hvor lenge deltakerne har praktisert sitt yrke er relativt jevnt fordelt, men den største andelen (24 prosent) har praktisert i 16-24 år. Kun 4 prosent av deltakerne er menn.

5.1.3 Ansattes deltakelse annen opplæring om tilsvarende tema

73 prosent av deltakerne svarer at de har i løpet av de siste 5 år deltatt på annen opplæring som tar opp tilsvarende tema. Det betyr at det vil være vanskelig å entydig konkludere med at det er kun Tidlig inn som har ført til praksisendringer. Dette var noe vi forventet i forkant av datainnsamlingen, derfor ble spørreskjemaene formulert slik at respondentene skulle ta stilling til noe «...som følge av Tidlig inn» (se vedlegg 1.7 Spørreskjema til ansatte). Med denne formuleringen i vurderingsspørsmålene, søker vi i størst mulig grad å få de ansatte til å reflektere over endringer knyttet til deres deltakelse i Tidlig inn. I denne typen undersøkelser vil de imidlertid ikke være mulig å isolere effekten av ett tiltak (og det er heller ikke ønskelig, all den tid utvikling alltid vil foregå innenfor en kontekst). At 73 prosent har deltatt på opplæring om tilsvarende tema vurderer vi derfor ikke som et tegn på at datamaterialet ikke sier noe om Tidlig inn, men kun som et resultat av den virkeligheten de ansatte i kommunene arbeider innenfor: det foregår mange parallelle utviklingsprosesser. Sett fra Tidlig inn sitt ståsted vurderer vi dette som positivt. Det er et tegn på at kommunen prioriterer opplæring til ansatte om disse temaene, og det kan bidra til høyere måloppnåelse for målsettingene i Tidlig inn. Tidlig inn inngår som en av flere medvirkende årsaker til at kommunene endrer sin praksis.

5.1.4 Ansattes arbeidssted i kommunen

Om lag halvparten oppgir å arbeide ved en helsestasjon (54 prosent), men barnevern og annet er også store grupper. Kun 2 prosent av deltakerne arbeider ved et fastlegekontor. Fastlegekontor, administrasjon, NAV, barnehage og skole er lite representert (se Tabell 21 under). Det er en stor overvekt av kvinner som har deltatt.

Tabell 21 Arbeidsenhet i kommunen

	Antall	Prosent
Helsestasjon	131	54
Annet	39	16
Barnevern	34	14
Psykisk helsetjeneste	21	9
Fastlegekontor	4	2
Administrasjonen	5	2
NAV	6	2
Barnehage	3	1
Skole	0	0
I alt	243	100

5.1.5 Ansattes deltakelse på ulike dager

Den ene halvparten av respondentene har oppgitt at de har deltatt på alle dager i opplæringsprogrammet, mens den andre halvparten kun har deltatt på enkeltdager (se Tabell 22 under).

Tabell 22 Ansattes deltakelse på ulike dager. Mulighet for å sette flere kryss.

	Skal-gruppen		Bør og kan-gruppen		Alle
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Prosent
Deltatt alle dager	75	59	44	39	49
Dag 1 Introduksjon	36	28	49	43	36
Dag 2 Alkohol og graviditet	47	37	46	41	39
Dag 3 Psykiske reaksjoner i svangerskap og barselid	42	33	36	32	33
Dag 4 Vold i nære relasjoner	40	31	50	44	38
Dag 5 Alvorlig og kompleks problematikk	31	24	48	43	34
Dag 6 Kommunens erfaringer etter opplæringsprogrammet	20	16	38	34	25
Husker ikke	5	4	5	4	4

Når vi bryter ned tallene på «skal-gruppen» og «bør og kan-gruppen» viser tabellen at 59 % av jordmødre, helsesøstre og leger har deltatt på alle dager. Av de som har krysset av for enkeltdager ser vi at det er flest (37 %) som oppgir å ha deltatt på dag 2 om alkohol og graviditet og færrest (16 %) som oppgir å ha deltatt på dag 6 om kommunens erfaringer.

Blant ansatte som tilhører «bør og kan-gruppen» er det færre som har deltatt på alle dagene. 39 % oppgir dette. Av de som har oppgitt å kun ha deltatt på enkeltdager er det en ganske jevn fordeling mellom dagene. Det er flest (44 %) som oppgir å ha deltatt på dag 4 om vold i nære relasjoner og færrest (32 %) som oppgir å ha deltatt på dag 3 om psykiske reaksjoner i svangerskap og barselid. 4 prosent husker ikke.

5.1.6 Oppsummering

Blant de ansatte er det flest respondenter fra øst, mens sør og vest er dårlig representert. De fleste deltakerne har gjennomført opplæringen i 2014 og 2015. Når det gjelder de ansattes yrker, er de fleste respondenter helsesøstre. Når vi fordeler yrkesgruppene i skal delta og bør/kan delta, viser tallene at fordelingen er jevn med en liten overvekt av deltakere i skal-gruppen. 73 prosent av de ansatte som har svart på spørreskjemaet, oppgir at de har deltatt på annen opplæring om tilsvarende tema de siste fem årene. Tidlig inn inngår som en av flere medvirkende årsaker til at kommunene endrer sin praksis. Over halvparten av de ansatte arbeider ved en helsestasjon. Blant jordmødre, helsesøstre og leger er det 59 % som har deltatt på alle dagene i opplæringsprogrammet, mens det blant de resterende yrkesgruppene er 49 %. Blant de i «skal delta-gruppen» som kun har deltatt på enkeltdager er det flest som har deltatt på dag 2 om alkohol og graviditet. Blant «bør og kan delta-deltakerne» er det flest som oppgir å ha deltatt på dag 4 om vold i nære relasjoner.

5.2 Læringsutbytte

Tabell 23 under viser fordelingen på en rekke påstander der deltakerne vurderer eget læringsutbytte av opplæringen. Vi må forvente at et opplæringsprogram som Tidlig inn gir deltakerne læringsutbytte. Som vurderingskriterium setter vi derfor at minst 70 prosent skal være enig i at de har fått et læringsutbytte fra kurset for at vi skal kunne konkludere med at Tidlig inn har gode resultater her. Ut fra dette kriteriet er konklusjonen at de ansatte opplever et stort læringsutbytte av å delta i Tidlig inn.

Over 85 prosent av jordmødre, helsesøstre og leger svarer at de er helt eller delvis enig i alle påstandene. Unntaket er av påstanden som omhandler det å samtale med gravide/småbarnsforeldre med innvandrerbakgrunn hvor 66 prosent er enig. Andeler på 94, 92 og 91 prosent mener de har blitt bedre til å samtalen om hhv. nedstemthet og uro, vold og alkoholbruk. Dette er svært gode resultater. En andel på 91 prosent føler seg mer kompetent til å utføre sine arbeidsoppgaver. Når det gjelder innsikt i juridiske rammer for samarbeid og kunnskap om tiltakskjeden er det litt færre (86 og 85 prosent) som er enig, likevel er dette et godt resultat. Når det gjelder det å samtale med foreldre med innvandrerbakgrunn, kan vi ikke etter dette vurderingskriteriet si at målsettingen er oppnådd. Samtidig må det understrekes at dette temaet heller ikke er en konkret målsetting for opplæringsprogrammet, og det hadde vært overraskende om deltakerne var enige i dette.

Ser vi på fordelingen blant «bør og kan-gruppen» er det noe færre som er enige i påstandene. Den påstanden flest i andre yrkesgrupper er enig i er den som omhandler å føle seg mer kompetent til å utføre sine arbeidsoppgaver, 86 prosent er enig i dette. Tidlig inn gir godt læringsutbytte også til de yrkesgruppene som ikke er i primærmålgruppen.

Tabell 23 Variabel om læringsutbytte: «Ta stilling til følgende påstander om læringsutbytte av Tidlig inn» (%).
 Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Helt/delvis enig	Sum	Antall
Jordmødre, helsesøstre og leger							
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om nedstemthet og uro*	2	4	39	55	94	100	120
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om vold i familien	1	7	54	38	92	100	118
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om alkoholbruk	1	8	50	41	91	100	120
Jeg føler meg mer kompetent til å utføre mine arbeidsoppgaver*	2	8	45	46	91	100	119
Jeg har fått bedre innsikt i de juridiske rammene for samarbeid på tvers av enheter	3	11	49	37	86	100	110
Jeg har fått økt kunnskap om tiltakskjeden i egen kommune når det gjelder gravide/småbarnsforeldre	6	9	36	49	85	100	113
Jeg føler meg mer kompetent til å samtale med gravide/småbarnsforeldre med innvandrerbakgrunn	8	26	49	17	66	100	111
Andre yrkesgrupper							
Jeg føler meg mer kompetent til å utføre mine arbeidsoppgaver*	6	9	53	32	86	100	90
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om alkoholbruk	4	11	53	33	86	100	83
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om nedstemthet og uro*	7	7	57	28	85	100	82
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om vold i familien	8	7	43	43	85	100	87
Jeg har fått bedre innsikt i de juridiske rammene for samarbeid på tvers av enheter	7	11	47	35	82	100	100
Jeg har fått økt kunnskap om tiltakskjeden i egen kommune når det gjelder gravide/småbarnsforeldre	6	14	33	46	80	100	99
Jeg føler meg mer kompetent til å samtale med gravide/småbarnsforeldre med innvandrerbakgrunn	13	28	37	22	59	100	82

*signifikante forskjeller mellom primær og sekundær yrker på 5 prosent nivået.

5.2.1 Oppsummering

Tidlig inn gir godt læringsutbytte til alle deltakerne og har stor grad av måloppnåelse, da over 80 prosent av alle deltakerne helt eller delvis er enig i at de har fått bedre kompetanse på en rekke ulike tema. Jordmødrene, helsesøstrene og legene er i større grad enige i at de har fått bedre kompetanse enn de andre yrkesgruppene, men forskjellene er ikke særlig store.

5.3 Endring av praksis

Endring i praksis er en krevende prosess som ofte kan ta lang tid. Vurderingskriteriet for hvorvidt Tidlig inn har nådd sitt mål når det gjelder endring av praksis setter vi derfor til 50 prosent. Altså hvis halvparten eller mer oppgir at de i stor eller svært stor grad har endret sin daglige praksis etter deltakelse i Tidlig inn, har opplæringsprogrammet oppnådd gode resultater. Vi må ha in mente når vi ser på fordelingen at over halvparten av deltakerne oppgir at de gjennomførte Tidlig inn i 2014 og 2015, noe som kan bety at implementeringsprosessen ikke har kommet særlig langt.

Tabell 24 Variabel om endring av praksis: «Ta stilling til følgende påstander om din daglige praksis etter deltakelse i Tidlig inn» (%). Vet ikke/ikke relevant tatt ut av prosenteringen. Under viser at for jordmødre, helsesøstre og leger har man god måloppnåelse når det gjelder 1) å samarbeide oftere med andre tjenesteutøvere (86 prosent), 2) å oftere oppdage tegn på nedstemthet og uro (82 prosent) og 3) å henvise oftere brukere til relevante hjelpeinstanser (75 prosent) og 4) å oftere oppdage tegn på vold i familien (59 prosent).

Mer enn halvparten av primærmålgruppen sier seg altså enig i at de etter deltakelse i Tidlig inn har endret sin praksis på disse fire punktene. Dette viser at Tidlig inn har bidratt til endringer i hvordan tjenesteutøver utfører sin jobb.⁹ Når det gjelder å oftere oppdage tegn på uheldig alkoholbruk er andelen på 48 prosent, og Tidlig inn når ikke målet her. Vi anbefaler derfor at man på alle nivå i opplæringsprogrammet vurderer hvordan dette kan bidra til å øke andelen i primærmålgruppen som endrer praksis når det gjelder å oppdage tegn på uheldig alkoholbruk. Når det gjelder de andre yrkesgruppene oppgir over halvparten at de er enig i påstandene om praksisendringer på alle de fem påstandene. Deltakernes vurderinger viser altså tilfredsstillende måloppnåelse også for de ansatte som tilhører «bør- og kan-delta-gruppen».

⁹ Her viser krysstabellanalysene til en signifikant sammenheng mellom region og måten man har respondert på spørsmålet om man oftere henviser brukere til relevant hjelpeinstanser. Ser man nærmere på dette, kan man lese at kommuner i region øst og sør i større grad er delvis enig og helt enig i dette, i forhold til region nord og midt. Region vest har for få respondenter til at vi kan si noe om tendensene her.

Tabell 24 Variabel om endring av praksis: «Ta stilling til følgende påstander om din daglige praksis etter deltakelse i Tidlig inn» (%). Vet ikke/ikke relevant tatt ut av prosenteringen.

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Helt/delvis enig	Sum	Antall
Jordmødre, helsesøstre og leger							
Jeg samarbeider oftere med andre tjenestutøvere*	5	9	43	43	86	100	115
Jeg oppdager oftere tegn på nedstemthet og uro*	3	15	58	23	82	100	114
Jeg henviser oftere brukere til relevante hjelpeinstanser	6	19	44	31	75	100	115
Jeg oppdager oftere tegn på vold i familien	7	34	47	12	59	100	102
Jeg oppdager oftere tegn på alkoholmisbruk	12	40	40	8	48	100	102
Andre yrkesgrupper							
Jeg samarbeider oftere med andre tjenestutøvere*	10	16	42	32	74	100	91
Jeg oppdager oftere tegn på nedstemthet og uro*	11	18	57	14	71	100	80
Jeg henviser oftere brukere til relevante hjelpeinstanser	10	25	39	26	65	100	76
Jeg oppdager oftere tegn på vold i familien	11	29	50	10	60	100	72
Jeg oppdager oftere tegn på alkoholmisbruk	11	34	48	7	55	100	73

*signifikante forskjeller mellom primær og sekundær yrker på 5 prosent nivået.

5.3.1 Nye rutiner

Å ta i bruk nye rutiner er utfordrende og en prosess som gjerne tar tid. Vi setter derfor et målekriterium på 50 prosent for at vi vurderer at Tidlig inn har god måloppnåelse i forhold til innføring av nye rutiner. Altså, hvis 50 prosent eller flere av de ansatte i stor eller svært stor grad er enig i at de har tatt i bruk nye rutiner som følge av Tidlig inn så vurderer vi det slik at Tidlig inn har hatt god måloppnåelse.

Tabell 25 under viser at for jordmødre, helsesøstre og leger er det god måloppnåelse når det gjelder å rutinemessig samtale om nedstemthet og uro (51 prosent mener i stor/svært stor grad at dette er tilfellet). For vold og alkoholbruk er det kun en tredjedel som mener det samme. Måloppnåelsen når det gjelder nye rutiner er ikke god nok på disse temaene. Vi anbefaler derfor et større fokus på implementering av nye rutiner knyttet til alle de tre temaene, men særlig på vold og alkoholbruk.

For de andre yrkesgruppene er det signifikant færre som bekrefter at de har innført nye rutiner for disse tre temaene, noe som er helt naturlig. En barnehagelærer skal jo ikke samtale på samme måte om disse temaene som en helsesøster eller jordmor. Her ser vi at flertallet svarer i den nederste enden av skalaen. At om lag 20 prosent faktisk rapporterer at de i stor eller svært stor grad har tatt i bruk nye rutiner som følge av Tidlig inn, må dermed tolkes som et godt resultat.

Tabell 25 Variabel om nye rutiner «Som følge av Tidlig inn, i hvilken grad har du tatt i bruk nye rutiner for samtaler med gravide/ småbarnsforeldre om» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	I stor/svært stor grad	Sum	Antall
Jordmødre, helsesøstre og leger							
...nedstemthet og uro? [*]	17	32	26	25	51	100	110
...vold i familien? [*]	19	48	20	13	33	100	106
...alkoholbruk? [*]	24	47	20	8	29	100	108
Andre yrkesgrupper							
...vold i familien? [*]	32	48	15	5	21	100	73
...alkoholbruk? [*]	36	45	15	4	19	100	74
...nedstemthet og uro? [*]	39	45	13	3	16	100	75

*signifikante forskjeller mellom primær og sekundæryrker på 5 prosentnivået.

Videre kan datamaterialet brytes ytterligere ned slik at vi får fordelingen kun blant jordmødre og helsesøstre. Tidlig inn legger opp til at det er jordmødrene som først og fremst skal samtale om alkohol og vold med den gravide, mens helsesøstrene skal samtale om nedstemthet og uro. Når det er sagt, er det viktig å påpeke at det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvilke yrkesgrupper som skal samtale om hvilke temaer eller benytte ulike kartleggingsverktøy. Tabell 26 Variabel om nye rutiner «Som følge av Tidlig inn, i hvilken grad har du tatt i bruk nye rutiner for samtaler med gravide/småbarnsforeldre om» fordelt på jordmødre og helsesøstre (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen. Tabell 26 under viser fordelingen for hhv jordmødre og helsesøstre på spørsmål om de har tatt i bruk nye rutiner.

Tabell 26 Variabel om nye rutiner «Som følge av Tidlig inn, i hvilken grad har du tatt i bruk nye rutiner for samtaler med gravide/ småbarnsforeldre om» fordelt på jordmødre og helsesøstre (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	I stor/svært stor grad	Sum	Antall
Jordmor							
...nedstemthet og uro?	11	48	18	22	40	100	27
...vold i familien?	4	44	26	26	52	100	27
...alkoholbruk?	8	38	31	23	54	100	26
Helsesøster							
...nedstemthet og uro?	19	26	28	26	54	100	83
...vold i familien?	24	49	18	9	27	100	79
...alkoholbruk?	29	50	17	4	21	100	82

Tabell 26 viser at jordmødrene har i størst grad tatt i bruk nye rutiner for samtaler om alkoholbruk, mens helsesøstrene har i størst grad har tatt i bruk nye rutiner for samtaler om nedstemthet og uro. På begge disse ser vi god måloppnåelse. Resultatene er i godt samsvar med intensjonene i Tidlig inn om hvem som var tenkt til å skulle samtale om hvilket tema.

Blant jordmødrene viser fordelingen at det er flest som har tatt i bruk nye rutiner for samtaler om alkoholbruk (54 %). Dette er god måloppnåelse. Videre viser tabellen at nesten like mange har tatt i bruk nye rutiner for samtale om vold i familien (52 %). Dette er også god måloppnåelse. En lavere andel av jordmødrene har tatt i bruk nye rutiner for samtaler om nedstemthet og uro (40 %). Med tanke på at Tidlig inn legger opp til at dette temaet primært er helsesøsters ansvar, er dette ganske gode resultater.

Blant helsesøstrene er det flest som har tatt i bruk nye rutiner for samtaler om nedstemthet og uro (54 %). Her ser vi god måloppnåelse. Det er lavere måloppnåelse når det gjelder rutiner for samtaler om vold i familien (27 %) og alkoholbruk (21 %), dette er i samsvar med intensjonen for Tidlig inn om at alkohol og vold primært er jordmødrenes ansvarsområde.

Sammenligning med det Tidlig inn-kontaktene oppgir om hva kommunen deres har innført ser vi at 75 prosent har innført nye rutiner for samtaler om vold (se Tabell 9), 88 prosent har innført nye rutiner for samtaler om alkoholbruk (se Tabell 7) og 97 prosent for samtaler om nedstemthet og uro (se Tabell 5). Dette viser at også når tallene er brutt ned på jordmor/helsesøster-nivået er det en høyere andel Tidlig inn-kontakter som oppgir at deres kommuner har innført nye rutiner enn det helsesøstre og jordmødre som oppgir å ha tatt dem i bruk.

5.3.2 Bruk av kartleggingsverktøy og samtalemetoder

Neste spørsmålsbolk gikk nærmere inn på de ulike verktøyene og samtalemetodene innenfor hvert tema. Igjen bruker vi 50 prosent som vurderingskriterium. Altså, vi vurderer det som god måloppnåelse hvis 50 prosent eller mer av primærmålgruppen jordmødre, helsesøstre og leger i stor eller svært stor grad er enig i det de blir spurt om.

Tabell 27 under viser at Tidlig inn har god måloppnåelse når det gjelder bruk av spørsmål fra kartleggingsverktøyet EPDS som et verktøy til å samtale om nedstemthet og uro (67 prosent) og for bruk av elementer av samtalemetoden støttesamtale (51 prosent). Bruk av elementer av samtalemetoden motiverende intervju når nesten opp (47 prosent), men ikke helt. Når det gjelder bruk av standardspørsmål om vold og TWEAK er måloppnåelsen dårlig.

Blant «bør og kan-delta-gruppen» viser tallene at det er samtalemetodene som i størst grad er tatt i bruk. Som påpekt tidligere er det ikke en målsetting at alle i sekundærmålgruppen skal bruke verktøyene.

Tabell 27 Variabel om bruk av kartleggingsverktøy og samtalemetoder: «I samtaler med gravide/småbarnsforeldre i hvilken grad bruker du...» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosentueringen.

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	I stor/svært stor grad	Sum	Antall
Jordmødre, helsesøstre og leger							
...innholdet i kartleggingsverktøyet EPDS når temaet er nedstemthet og uro?*	17	17	17	50	67	100	119
...elementer av samtalemetoden støttesamtale?	5	43	28	23	51	100	113
...elementer av samtalemetoden motiverende intervju?	6	47	33	14	47	100	114
...standardspørsmål til samtale om vold (når relevant)?	26	35	22	17	39	100	118
...innholdet i kartleggingsverktøyet TWEAK når temaet er alkoholbruk?*	64	16	10	10	20	100	100
Andre yrkesgrupper							
...elementer av samtalemetoden motiverende intervju?	12	38	24	26	50	100	82
...elementer av samtalemetoden støttesamtale?	13	40	27	21	47	100	78
...standardspørsmål til samtale om vold (når relevant)?	28	43	15	15	29	100	75
...innholdet i kartleggingsverktøyet EPDS når temaet er nedstemthet og uro?*	76	8	10	6	16	100	62
...innholdet i kartleggingsverktøyet TWEAK når temaet er alkoholbruk?*	75	16	8	2	9	100	64

*signifikante forskjeller mellom primær og sekundæryrker på 5 prosent nivået.

For å få fram enda mer nyanser i datamaterialet har vi brutt dataene ned slik at vi ser fordelingen for helsesøstrene og jordmødrene hver for seg (se Tabell 28 under). Legene er tatt ut siden det kun er fem som har svart.

Tabell 28 Variabel om bruk av kartleggingsverktøy og samtalemeter: «I samtaler med gravide/ småbarnsforeldre i hvilken grad bruker du...» fordelt på jordmødre og helsesøstre (%). Vet ikke/ ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	I stor/ svært stor grad	Sum	Antall
Jordmor							
...innholdet i kartleggingsverktøyet EPDS når temaet er nedstemthet og uro?	29	14	11	46	57	100	28
...standardspørsmål til samtale om vold (når relevant)?	7	17	38	38	76	100	29
...innholdet i kartleggingsverktøyet TWEAK når temaet er alkoholbruk?	24	21	24	31	55	100	29
Helsesøster							
...innholdet i kartleggingsverktøyet EPDS når temaet er nedstemthet og uro?	13	18	19	50	69	100	91
...standardspørsmål til samtale om vold (når relevant)?	33	41	16	9	25	100	85
...innholdet i kartleggingsverktøyet TWEAK når temaet er alkoholbruk?	80	14	4	1	5	100	71

Tabell 28 viser at jordmødrene i størst grad har tatt i bruk standardspørsmål til samtale om vold, mens helsesøstrene i størst grad har tatt i bruk EPDS.

Blant jordmødre har flest tatt i bruk standardspørsmål til samtale om vold (76 %). Og dette er svært god måloppnåelse. I tillegg viser fordelingen at både EPDS (57 %) og TWEAK (55 %) er tatt i bruk av et flertall av jordmødrene og det er god måloppnåelse også her. At en så stor andel har tatt i bruk EPDS er overraskende, med tanke på at Tidlig inn først og fremst legger opp til at det er helsesøstrene som skal ta dette verktøyet i bruk. Knytter vi dette funnet til implementeringsteori, responderer dette til hvordan intensjonene i et tiltak og resultatene av tiltaket kan være forskjellige. Kommunene kan selv bestemme om kartleggingsverktøyene skal benyttes og eventuelt hvem som skal benytte dem. At vi her ser at jordmødrene har tatt i bruk EPDS i større grad enn vi forventet, er svært positivt.

Blant helsesøstrene er det flest som har tatt i bruk EPDS (69 %) og vi ser en svært god måloppnåelse. Standardspørsmål til samtale om vold er det 25 prosent som har tatt i bruk og TWEAK er det svært få som har tatt i bruk (5 %). Dette er lav måloppnåelse, men dette er uproblematisk siden disse andelene er i tråd med intensjonene i opplæringsprogrammet om at helsesøstrene først og fremst skal benytte EPDS.

Når vi sammenligner med hva Tidlig inn-kontaktene oppgir at deres kommune har innført for noen eller alle relevante yrkesgrupper viser Tabell 6 at 81 prosent av kommunene har innført EPDS. Også her ser vi et sprik mellom kommunenes innføring og helsesøstre (69 %) og jordmødre (57 %) som oppgir å ha tatt det i bruk. For begge gruppene er det færre som har tatt i bruk enn kommuner som oppgir å ha innført det.

Tallene for standardspørsmål om vold viser at 66 prosent av Tidlig inn-kontaktene (se Tabell 10) oppgir at deres kommune har innført dette. Andelen som har tatt det i bruk er høyest blant jordmødre (76 %), dette er høyere andel enn kommuner som har innført (66 %). Blant helsesøstrene er det 25 prosent som oppgir å ha tatt det i bruk. En betydelig lavere andel enn kommuner som har innført, men det gjenspeiler igjen at de fleste kommunen sannsynligvis kun har innført bruk av standardspørsmål om vold for jordmødrene, i tråd med intensjonene i opplæringsprogrammet.

Andelen Tidlig inn-kontakter som oppgir at deres kommune har innført TWEAK (60 %) (se Tabell 8) og andelen jordmødre som bruker det (55 %) er nesten lik. Svært få helsesøstre (5 %) bruker TWEAK. Forutsatt at det kun er jordmødre som skal bruke TWEAK viser en nedbryting av data til jordmor/helsesøster-nivået en høyere grad av måloppnåelse enn når vi ser primærmålgruppen samlet og at spriket mellom Tidlig inn-kontaktene og jordmødrene blir betydelig mindre.

5.3.3 Oppsummering

Å endre praksis er krevende, men resultatene viser god måloppnåelse på de fleste punktene for jordmødre, helsesøstre og leger. Resultatene viser at økt samarbeid med andre tjenesteutøvere og at de oftere oppdager tegn på nedstemthet og uro, er de punktene flest jordmødre, helsesøstre og leger er enig i. De andre yrkesgruppene har lavere grad av enighet, men også her ser vi god måloppnåelse, dvs. over 50 prosent mener de er helt eller delvis enige i påstandene. «Jeg oppdager oftere tegn på alkoholmisbruk» er den påstanden som færrest er enige i både i primær- og sekundær-målgruppen.

Å ta i bruk nye rutiner for samtaler med gravide/småbarnsforeldre, er en prosess som resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen viser at en ikke har kommet særlig langt. Kun når det gjelder temaet «nedstemthet og uro» er det over 50 prosent av jordmødrene, helsesøstrene og legene som svarer at de har tatt i bruk nye rutiner som følge av Tidlig inn. På nedstemthet og uro vurderer vi det som at det er god måloppnåelse, men det er ikke tilfellet når det gjelder vold og alkoholbruk.

Når det gjelder å ta i bruk kartleggingsverktøy og samtalemetoder viser resultatene at blant primærmålgruppen samlet er det flest som har tatt i bruk innholdet i EPDS og elementer av støttesamtale. På disse to er det god måloppnåelse. Standardspørsmål til samtale om vold og innholdet i TWEAK er det lav andel som har tatt i bruk når vi ser på primærmålgruppene samlet. Flere nyanser kommer frem i dataene når vi gjør fordelingen på helsesøster og jordmødre. Da ser vi at over halvparten av jordmødrene har tatt i bruk alle de tre kartleggingsverktøyene, mens helsesøstrene først og fremst har tatt i bruk EPDS. Dette er funn som resonerer godt med intensjonene i opplæringsprogrammet. Det overordnede bildet er at det er flere Tidlig inn-kontakter som oppgir at deres kommune har innført rutiner og kartleggingsverktøy enn det er ansatte som oppgir å ha brukt dem. All den tid det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvem som skal bruke hvilke verktøy når, er det utfordrende å trekke konklusjoner på dette nivået når vi ikke vet hva kommunene har bestemt. Uavhengig av dette viser fordelingene god måloppnåelse når vi legger til grunn hvilke yrkesgrupper som er tiltenkt å benytte de ulike kartleggingsverktøyene.

5.4 Til hjelp i det daglige arbeidet og bevisstgjøring

For å få de ansattes helhetlige vurdering av Tidlig inn spurte vi to spørsmål: 1) I hvilken grad har Tidlig inn vært til hjelp for deg i ditt daglig arbeid? og 2) Samlet sett, i hvilken grad har opplæringen i Tidlig inn bevisstgjort deg om din rolle i det forebyggende arbeidet med alkoholbruk, vold og psykiske vansker? Med tanke på at Tidlig inn er orientert mot å gi særlig jordmødre, helsesøstre og leger opplæring i konkrete verktøy og samtalemetoder til bruk i sitt daglige arbeid setter vi også her 50 prosent som kriterium for god måloppnåelse.

Tabell 29 under viser at 47 prosent av jordmødrene, helsesøstrene og legene vurderer det slik at de i stor eller i svært stor grad mener at Tidlig inn har vært til hjelp for dem i deres daglige arbeid. Her er med andre ord måloppnåelsen ikke helt tilfredsstillende. Bildet kan nyanseres noe ved å påpeke at gruppen som har vurdert at dette i noen grad er tilfellet er like stor som de som har vurdert i stor eller i svært stor grad. Det er altså kun 6 prosent som mener at de ikke har hatt noe utbytte til bruk i sitt daglige arbeid. Vår vurdering blir dermed at resultatene er nesten tilfredsstillende, men at oppmerksomheten godt kan vinkles mer mot at innholdet skal være relevant for deltakernes bruk i sitt daglige arbeid.

For sekundærmålgruppen er det kun 22 prosent som i stor eller i svært stor grad mener dette. Måloppnåelsen er ikke tilfredsstillende, men tar vi med de som i noen grad er enige er vi faktisk oppe i 81 prosent som er på den positive siden av skalaen. Med tanke på at disse ansatte ikke skal bruke verktøyene i sin daglige praksis er dette gode resultater.

Tabell 29 Spørsmål om overordnet vurdering av Tidlig inn «I hvilken grad har Tidlig inn vært til hjelp for deg i ditt daglige arbeid?» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	I stor/svært stor grad	Antall
Jordmødre, helsesøstre og leger*	6	46	39	8	47	125
Andre yrkesgrupper*	20	59	20	2	22	109

*T-test viser signifikante forskjeller mellom gruppene på 5 prosent nivået.

En annen del av Tidlig inn handler om å gjøre deltakerne mer bevisste på egen rolle i det forebyggende arbeidet med å hindre uheldig alkoholbruk, vold og psykiske vansker. For primærmålgruppen viser fordelingen at 63 prosent i stor eller i svært stor grad mener at dette er tilfellet (se Tabell 30 under). På dette punktet har Tidlig inn god måloppnåelse.

For de andre yrkesgruppene er det en mindre andel som i stor eller i svært stor grad mener det er tilfellet (45 prosent), og Tidlig inn når dermed ikke helt opp til kriteriet for god måloppnåelse. Igjen vil vi gjerne påpeke at det er svært få som er i den negative enden av skalaen og hadde vi tatt med de som i noen grad var enige hadde Tidlig inn også hatt god måloppnåelse for sekundærmålgruppen når det gjelder bevisstgjøring ift sin rolle i det forebyggende arbeidet.

Tabell 30 Spørsmål om bevisstgjøring som følge av Tidlig inn. «Samlet sett, i hvilken grad har opplæringen i Tidlig inn bevisstgjort deg om din rolle i det forebyggende arbeidet med alkoholbruk, vold og psykiske vansker?» (%). Vet ikke/ikke relevant er tatt ut av prosenteringen.

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	I stor/svært stor grad	Antall
Jordmødre, helsesøstre og leger*	1	36	46	18	63	125
Andre yrkesgrupper*	5	49	39	6	45	110

*T-test viser signifikante forskjeller mellom gruppene på 5 prosentnivået.

5.4.1 Oppsummering

På spørsmål om Tidlig inn har vært til hjelp i deres daglige arbeid er det 47 prosent av primærmålgruppen som svarer i stor eller svært stor grad. Resultatene er nesten innenfor god måloppnåelse, men ikke helt. Fokus i Tidlig inn kan derfor gjerne vinkles mer mot at innholdet skal være relevant for deltakernes bruk i sitt daglige arbeid. Blant sekundærmålgruppen er det kun 22 prosent som i stor eller svært stor grad er enig. Dette er lav grad av måloppnåelsen. Både for primærgruppen og sekundærgruppen er det svært mange som i noen grad er enig. Disse tallene nyanserer bildet. Når det gjelder hvorvidt Tidlig inn har bevisstgjort de ansatte om sin rolle i det forebyggende arbeidet, viser resultatene god måloppnåelse for primærmålgruppen, men ikke for sekundærmålgruppen.

5.5 Konklusjon

Tidlig inn har gode resultater når det gjelder læringsutbytte for de ansatte. Utfordringen når Tidlig inn skal implementeres ligger i å omsette den nye kunnskapen til handling i det daglige arbeidet. Resultatene viser at andelen ansatte som har tatt i bruk nye rutiner, verktøy og metoder er mindre enn andelen av kontaktpersonene som oppgir at kommunen har innført nye rutiner. Den største utfordringen for Tidlig inn ligger i å få ansatte til i større grad ta i bruk verktøyene og metodene. Resultatene viser god måloppnåelse både når det gjelder økt samarbeid og oftere oppdage tegn på nedstemthet og uro. Når det gjelder å ta i bruk nye rutiner for systematiske samtaler er det kun temaet nedstemthet og uro som har resultater som tilsvarer god måloppnåelse. Ett svakt punkt ved Tidlig inn er å få de ansatte til å ta i bruk nye rutiner når det gjelder samtaler om alkoholbruk og om vold. Å ta i bruk selve kartleggingsverktøyene står i samsvar med resultatene om rutinene og det er kun EPDS og elementer av støttesamtale som har god måloppnåelse. TWEAK, standardspørsmål om vold og MI er ikke i stor nok grad tatt i bruk av jordmødre, helsesøstre og leger. Resultatene viser heller ikke god nok måloppnåelse når det gjelder å være til hjelp i det daglige arbeidet, men har god måloppnåelse når det gjelder å bevisstgjøre jordmødre, leger og helsesøstre i sin rolle i det forebyggende arbeidet knyttet til rus, vold og psykisk helse.

6 Brukernes opplevelse av å bli spurt om sårbare tema

Brukerperspektivet er viktig, særlig i sammenhenger hvor nye metoder og verktøy prøves ut. To av evalueringens problemstillinger handler om brukerperspektivet. Den første omhandler ansattes erfaringer med brukernes opplevelser av å bli spurt om vold, nedstemthet og uro og alkoholbruk: *Hvordan har gravide og småbarnsforeldre opplevd å bli spurt om sårbare temaer på denne måten?* Den andre omhandler hvordan brukerne selv opplever å bli spurt om temaene etter metodene de ansatte lærer i Tidlig inn: *Hvilken erfaring har de ansatte med brukernes opplevelse av å bli spurt om sårbare tema?*

Først i kapittelet skal vi presenterer de ansattes erfaringer, deretter presenterer vi brukernes egne erfaringer. Til slutt kommer en oppsummering og konklusjon.

6.1 Kjennetegn ved brukerne som har svart på spørreskjema

Blant brukerne er fordelingen jevnere enn blant de ansatte, men også her ser vi at det er flest brukere som har svart på spørreskjemaet i region øst (se Tabell 31 under).

Tabell 31 Brukerne fordelt på region

Region	Antall	Prosent
Nord	12	16
Midt	19	25
Øst	27	35
Sør	18	24
Sum	76	100

Brukerne som har svart på spørreskjemaet er en relativt homogen gruppe.¹⁰ 90 prosent er kvinner, 68 prosent har utdanning på høyskole eller universitetsnivå og kun 5 av respondentene har annen nasjonalitet enn norsk. Gjennomsnittsalderen er 30,7 år for respondentene. Til sammenligning var gjennomsnittsalderen for mor ved fødsel av første barn var 28,7 år i 2014. Det er flest respondenter fra region øst og færrest fra region nord. Av oppgitt grunn for å være på helsestasjonen svarer 26 prosent at de var på svangerskapskontroll og 74 prosent at de var på helseundersøkelse med barn. Ingen respondenter oppgir å ha vært på time hos lege. Av de som var på helseundersøkelse med barn er det en fordeling på ca. 15 prosent på hver av kontrollene 6 uker, 3 måneder, 10 måneder og 11-12 måneder.

6.2 De ansattes erfaringer med brukernes opplevelser

Tilbakemeldingene fra kontantpersonene er at brukerne er positive til å bli spurt om vold, nedstemthet og uro og alkoholbruk, og at de ikke har fått noen negative reaksjoner på det. En Tidlig inn-kontakt som selv er helsesøster sier «Jeg har ikke opplevd negative tilbakemeldinger

¹⁰ Figurene ligger i vedlegg 1.9 Analyser fra spørreskjema til brukerne

fra noen. Jeg tror de synes at det er fint at vi tar det opp». En annen Tidlig inn-kontakt forteller mye det samme og en Tidlig inn-kontakt som er jordmor reflekterer over at hun aldri har opplevd at noen ikke synes det er greit å bli spurt, men at det likevel ikke er alle som velger å fortelle om vanskelige opplevelser.

Jo, de synes det er greit. Jeg har ikke opplevd det at de ikke synes det er greit. Og når det gjelder volds-skjemaet, jeg synes at jeg ser av og til at de lyver til meg, at de kanskje har opplevd noen ting som de ikke vil fortelle. Men det er deres valg selvfølgelig. Men kanskje det hjelper senere at en kanskje tørr å si. (...) Jeg tenker at kanskje det hjelper litt at, ja de vet i det minste at det er noen plasser man kan komme og fortelle hvis man vil fortelle til noen. Og da får jeg litt sånn, før man informerte dem, jeg har tidligere også spurt litt om vold, før vi var med i det her, men ikke av alle, men hvis jeg har hatt litt magefølelse eller tenkt at her må jeg spørre. Men da var de kanskje litt mer sånn «hvorfør spør du meg?». Men nå når jeg informerer alle, de skjønner at det er en del, og mange av de sier at de synes det her er kjempe bra. Det er kjempe bra at jeg spør (Tidlig inn-kontakt)

Som denne jordmoren forteller, er det noe avvæpnende med spørsmålene når det er standardiserte spørsmål og en rutine som blir praktisert. Brukerne føler seg ikke mistenkeliggjort på samme måte som de gjerne kunne gjøre tidligere.

Det de sier, de ansatte, er at når det er sånn at det er standardiserte spørsmål i den forstand at alle blir spurt om det samme, så er overvekten av tilbakemeldingene at det synes de er helt greit å bli spurt om. Det synes de for så vidt bare er positivt, at de blir spurt om. Den tilbakemeldingen jeg har fått der er at det er svært sjelden at noen reagerer negativt på det (Tidlig inn-kontakt).

Inntrykket fra intervjuene med Tidlig inn-kontaktene er at hverken de selv og deres kollegaer har opplevd negative tilbakemeldinger på det å spørre om vold, rusmiddelbruk og psykiske vansker.

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen til de ansatte viser at mange (37, 26 og 42 prosent, se Tabell 32 under) oppgir at de er ikke vet hvordan gravide og småbarnsforeldre opplever å bli spurt om sårbare tema. Dette kan bety at de ansatte er usikre på foreldre/gravides opplevelser av å bli spurt, men det kan også være et resultat av at det er vanskelig å svare kategorisk på spørsmål hvor man skal vurdere andres opplevelser. Her må vi også ha i mente at ikke alle de ansatte som har svart på spørreskjemaundersøkelsen gjennomfører denne typen samtaler. Disse må vi anta svarer «vet ikke». Samtidig viser resultatene at andelen som svarer noe positivt og veldig positivt til samme utgjør en større prosentandel enn de som svarer «vet ikke» på alle temaene.

Tabell 32 De ansattes opplevelse av brukernes opplevelser av å bli spurt om sårbare tema. Prosent.

	Negativt	Litt negativt	Noe positivt	Veldig positivt	Vet ikke	Sum	Antall
Hvordan opplever du at foreldre/gravide synes det er å bli spurt om alkoholbruk i svangerskap og småbarnstid?	1	8	39	15	37	100	234
Hvordan opplever du at foreldre/gravide synes det er å bli spurt om nedstemthet og uro i svangerskap og småbarnstid?	0	3	35	35	26	100	231
Hvordan opplever du at foreldre/gravide synes det er å bli spurt om vold i familien?	2	12	32	11	42	100	234

De ansatte vet ikke hva brukere synes om disse samtalerne, og spesielt i samtaler om vold. Av de som opplever seg som berettiget til å vurdere brukernes opplevelser er hovedvekten på «noe» eller «veldig positivt». Vi ser en tendens til at de ansatte opplever en mer positiv holdning blant brukere i samtaler om nedstemthet og uro, og en mer negativ holdning i samtaler om vold.

6.3 Brukernes egne erfaringer

Psykiske lidelser, rus og vold i nære relasjoner kan være vanskelige tema å snakke om. Måten temaene og kartleggingene blir lagt fram på vil derfor være helt avgjørende for hvordan den som blir spurt opplever samtalen. Innledningen til samtalen vil være viktig for å forberede den gravide/småbarnsforelderen på skjemaet som vil komme og sette «stemningen» for en fortrolig samtale. Det å informere om Tidlig inn som helhet og hvilke temaer som kommer til å bli tatt opp i løpet av konsultasjonene, er en viktig del av konteksten som kan bidra til å forberede den gravide eller småbarnsforelderen på hvilke spørsmål som kommer. Hvis brukeren opplever situasjonen som truende er sannsynligheten mindre for at kartleggingen/samtalen gir svar som bidrar til å avdekke problematiske situasjoner. Utfordringen er å legge til rette for ærlige svar, og ved tilfeller hvor problematiske forhold kommer fram, å følge opp det som avdekkes på en god måte både i samtalen og med videre henvisning/oppfølging. Brukernes opplevelse av å bli kartlagt på denne måten (uavhengig av om de har utfordringer eller ikke) kan også påvirke deres tillit til helsevesenet generelt. Det er derfor viktig å få et bilde av hvordan brukerne opplever å bli kartlagt på denne måten. Det korte svaret ut fra vår data er at brukerne er svært positive.

Av brukerne som var på svangerskapskontroll var det 65 prosent (Figur 3 i Vedlegg 1.9) som oppga å ha snakket om alkohol i konsultasjonen. Av de som var på helseundersøkelse med barn var det 21 prosent. Alkohol er altså oftere et tema i svangerskapskontrollene enn i helseundersøkelsene. For utvalget som helhet var det 32 prosent (27 personer) som hadde hatt samtale om alkohol (se Figur 4 i Vedlegg 1.9). I 37 prosent samtaler om alkohol ble det benyttet skjema. Bruken av skjemaer i samtale om alkohol var høyest i

svangerskapskontrollene. 76 prosent (se Tabell 33 under) av brukerne opplevde det som positivt å bli spurt av helsepersonell om alkoholbruk.

Tabell 33 Opplevelse av å bli spurt av helsepersonell om alkohol. Prosent. (N=25).

	Negativt	Noe negativt	Litt positivt	Positivt	Vet ikke	Sum
Hvis ja på spørsmål 4: Hvordan synes du det var å bli spurt av helsepersonell om alkohol?	0	0	12	76	12	100

I alt var det 39 prosent (se Figur 5 i Vedlegg 1.9) av brukerne som oppga å ha blitt spurt om nedstemthet og uro på konsultasjonen. Også her var det størst andel blant de på svangerskapskontroll. I halvparten av samtalen ble det benyttet skjema (se Figur 6 i Vedlegg 1.9). Nær sagt alle som ble spurt om nedstemthet og uro, opplevde dette som positivt (se Tabell 34 under).

Tabell 34 Opplevelse av å bli spurt av helsepersonell om nedstemthet og uro. Prosent. (N=31).

	Negativt	Noe negativt	Litt positivt	Positivt	Vet ikke	Sum
Hvis ja på spørsmål 7: Hvordan synes du det var å bli spurt av helsepersonell om nedstemthet og uro?	0	0	6	90	3	100

Det var i alt 21 prosent (se Figur 7 i Vedlegg 1.9) som ble spurt om vold i nære relasjoner på konsultasjonen. Andelen som ble spurt var størst blant de som var på svangerskapskontroll. Også når det gjelder spørsmål om vold er flertallet positive (75 prosent) til at temaet blir tatt opp (se Tabell 35 under).

Tabell 35 Opplevelse av å bli spurt av helsepersonell om vold. Prosent. (N=16).

	Negativt	Noe negativt	Litt positivt	Positivt	Vet ikke	Sum
Hvis ja på spørsmål 10: Hvordan synes du det var å bli spurt av helsepersonell om vold?	0	0	13	75	13	100

For å få vite litt mer om hvordan brukerne opplevde samtalen med jordmor eller helsesøster ba vi brukerne gjøre vurderinger av forskjellige forhold (se Tabell 36 under).

Tabell 36 Brukerens opplevelse av samtalen. Prosent.

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Sum	Antall
Fikk du informasjon som var relevant for deg?	1	11	26	59	3	100	76
Var samtalen til hjelp for deg i din situasjon?	4	17	25	49	5	100	76
Hadde du påvirkning på temaene som ble tatt opp i samtalen?	1	12	32	45	9	100	75
Ble dine tanker og meninger vektlagt i samtalen?	1	4	32	57	7	100	75
Fikk du tillit til personene?	1	8	25	63	3	100	75
Opplevde du samtalen som nyttig?	0	12	26	59	3	100	76

Som vi ser av Tabell 36 svarer flertallet i stor grad eller i svært stor grad på spørsmålene. Brukerne opplever i stor grad å få informasjon som var relevant, at samtalen var til hjelp i deres situasjon, at de hadde påvirkningen på hvilke temaer som ble tatt opp, at deres tanker ble vektlagt, at de fikk tillit til personen og at samtalen var nyttig. Spørsmålene om brukeren hadde påvirkning på temaene som ble tatt opp og om tanker og meninger ble vektlagt relaterer seg til motiverende samtale/intervju som samtalem metode. Det er noen flere som svarer i stor grad istedenfor i svært stor grad på disse spørsmålene, men hovedvekten er likevel på at dette i svært stor grad er tilfellet. Når vi skiller resultatene mellom de som var på svangerskapskontroll og de som var på helseundersøkelse med barn ser vi at blant de som var på svangerskapskontroll er det større andel som svarer i svært stor grad (70-80 prosent) på alle spørsmålene unntatt på spørsmålet om de hadde påvirkning på temaene som ble tatt opp, hvor det er en jevnere fordelingen mellom i stor grad og i svært stor grad. Det tyder på at de gravide er mer fornøyde med møtet med helsestasjonen og jordmødrene enn det småbarnsforeldrene er. Samtidig kan det også være et utslag av at samtalen mellom jordmor og den gravide i større grad handler om graviditeten og den gravidens helse, mens helsekontrollene med barn har fokus på barna.

Til slutt i spørreskjema ba vi brukerne gjøre en overordnet vurdering av hvordan de i sin helhet opplevde samtalen de hadde vært på ble svaret nesten enstemmig: 95 prosent av brukerne svarer at de opplevde samtalen som positiv (se Tabell 37 under).

Tabell 37 Helbetlig opplevelse av samtalen med jordmor, helsesøster eller lege. Prosent. (N=76).

	Negativt	Noe negativt	Litt positivt	Positivt	Vet ikke	Sum
I sin helhet, hvordan opplevde du samtalen med jordmor, helsesøster eller lege?	0	0	4	95	1	100

6.4 Oppsummering og konklusjon

Blant brukerne ser vi en jevn fordeling av respondentene mellom de ulike regionene, men andelen er størst fra region øst. Brukerne som har besvart er en homogen gruppe med tanke på nasjonalitet, utdanningsnivå og kjønn. Flertallet av respondentene oppgir å ha vært på helseundersøkelse med barn.

De ansatte opplever at brukerne er positive til å bli spurt om vold, nedstemthet og alkoholbruk, særlig hvis konteksten er at dette er en rutine og at alle blir spurt. Resultatene fra spørreskjemaet til de ansatte viser at en stor gruppe svarer 'vet ikke'. Vi tolker dette som at de er usikre eller ikke har noe grunnlag for å svare om brukernes opplevelser.

Brukerne på sin side er svært positive til spørsmål om temaene og er samstemte i at opplevelsen av konsultasjonen med helsesøster eller jordmor som har deltatt på Tidlig inn har vært positiv og nyttig.

De ansatte opplever at brukerne er positive til å bli spurt om vold, nedstemthet og alkoholbruk, særlig hvis konteksten er at dette er en rutine og alle blir spurt. Brukerne selv er svært positive til å bli spurt.

7 Tidlig inn sett fra representanter for kompetansesentrene og direktoratene

I dette kapittelet diskuterer vi temaer som har kommet fram i intervjuer med kompetansesentrene og direktoratene, og som er viktige i evalueringen, men som ikke direkte omhandler problemstillingene som er formulert for å belyse hvilke endringer som har skjedd i kommunene. Temaer vi tar opp er: undervisningen, veiledning, forankring, implementering, målgruppen, nasjonal arbeidsgruppe og regionale opplæringssteam. Dette er mer overordnede temaer som belyser ulike sterke og svake sider ved Tidlig inn.

Datagrunnlaget for dette kapittelet er intervjuene med de ulike kompetansesentrene og direktoratene og intervjuene med kontaktpersonene i kommunene. På grunn av at representantene for kompetansesentrene og direktoratene har kjennskap til hverandre har vi valgt å ikke ta sitater fra disse intervjuene. Det er, slik vi ser det, den eneste måten å sikre anonymitet for de vi har intervjuet. Kapittelet benytter meningsinnholdet fra intervjuene i stedet for sitater.

7.1 Deltakelsen i Tidlig inn

Det overordnede inntrykket fra kommunene er at de er veldig fornøyde etter deltakelse i Tidlig inn. «Jeg synes det har vært uankortet positivt for oss å være med i dette og det å bruke dette. Det tror jeg er det inntrykket som blir oppsummeringen av det». Mange kommuner har deltatt på lignende opplæring før og har i varierende grad hatt opplæring i verktøyene og metodene som Tidlig inn tilbyr fra før. Likevel er de svært fornøyde med opplæringsprogrammet, og kanskje særlig fordi det forplikter kommunen og bidrar til å sette rutiner i system. En Tidlig inn-kontakt svarer dette på spørsmålet om hva hun syntes om kurset:

Jeg synes det er kjempebra at vi har vært med på det. (...) Så det er alltid en vurdering om jeg kan gå på ting og om jeg vil ha utbytte av det etterpå, er det noe jeg klarer å endre på som gjør at jeg blir enda flinkere i jobben min? Og det tenker jeg at Tidlig inn har vært med på å bidra til. Du får satt vanskelige tema på dagsorden og du blir litt forpliktet til å følge opp og gjøre noe med det når du deltar på et slikt type opplæring med oppfølging etterpå og du skal presentere til slutt selv. Når du setter ting i system så hjelper det deg å følge det opp til daglig også. Så jeg er kjempeglad for at jeg har vært med på det. Og så er det klart at det er kanskje ikke alt som er ny innlæring, men det er noe med at du får fokus og du får tatt opp igjen det du kan noe om fra før og så får du satt ting enda bedre i system.

Tidlig inn-kontakten her fremhever særlig det positive i å få satt vanskelige tema på dagsorden, og at hun ble forpliktet til å følge opp. På den måten blir ikke opplæringsprogrammet kun en «happening», men noe som forplikter og bidrar til varig endring. Hun er også veldig opptatt av at det hun bruker tid på skal være til nytte for henne i jobben, og et av vurderingskriteriene hun bruker er om Tidlig inn kan gjøre at hun blir flinkere i jobben sin. Hun opplever absolutt at Tidlig inn bidrar til det.

7.2 Undervisningen i Tidlig inn

Når det gjelder selve undervisningen, er det ulike vurderinger av den. Her må det presiseres at undervisningen blir gjennomført av ulike foredragsholdere som har ulike mottakere med

ulik bakgrunn. Det er derfor store forskjeller mellom regionene. Samtidig tar all undervisning utgangspunkt i den samme kursmanualen og tema og innhold skal være tilsvarende på tvers av regionene.

Flere Tidlig inn-kontakter har sagt at det har vært svært god kvalitet på undervisningen. Andre Tidlig inn-kontakter har fått tilbakemelding om at undervisningen ble for lite relevant og spisset for rus og psykiske helsetjenesten. En annen Tidlig inn-kontakt ble veldig konkret da jeg spurte om hun var fornøyd med deltakelsen i Tidlig inn. Hun opplevde at det var grundig og praksisrelevant undervisning, og at verktøyene var konkrete og mulig å ta i bruk raskt.

Informant: Det vi synes var veldig bra var at det både var grundig undervisning og at det var veldig praksisrelevant, og at det var disse konkrete verktøyene som det går an å ta i bruk ganske med en gang, lett tilgjengelige. Så når vi har hatt oppsummering i etterkant så er tilbakemeldingene udelt positive. Jeg har ikke hørt noen som har synes at det var bortkastet tid eller at det ikke traff helt. Det har vært «spot on» med alle.

Intervjuer: Selv med de som ikke nødvendigvis skal bruke verktøyene i egen praksis?

Informant: Ja. For de ser behovet for å få tettere samarbeid når en skal jobbe tverrfaglig. Og de har jo med samme brukerne å gjøre, enten som, f.eks. barnehagene de får jo disse familiene. Og når de vet at de blir ivaretatt og det er lettere å fortsette samtale om vanskelige ting f.eks., det å kunne tørre å stille spørsmål om det som er litt skummelt å spørre om. Det opplever de at de har hatt veldig nytte av.

Det var heller ingen i hennes kommune som opplevde opplæringen som irrelevant, for alle klarte å se verdien i opplæringen selv om de ikke selv skulle bruke verktøyene. I kommentarfeltet i spørreskjemaet til Tidlig inn-kontakter er det en som mener at «Teoridelen kan til dels virke provoserende dårlig i forhold til kunnskapsnivået til den gruppen som er deltaker». Det er likevel vårt inntrykk at det er et fåtall som har opplevd det på denne måten. Hovedinntrykket er at mange er fornøyd med kvaliteten på undervisningen. En annen Tidlig inn-kontakt velger å fremheve det at hun opplevde kvaliteten på foreleserne som veldig god og at KoRus gjorde en god jobb med gjennomføringen, med godt opplegg og informasjon i forkant.

Når det gjelder motiverende intervju/samtale, er det flere Tidlig inn-kontakter som stiller spørsmål ved om det i det hele tatt bør være en del av Tidlig inn. «Det er det med MI om det skal inn mer, eller om det skal komme i en annen sammenheng. Men de foreleserne har jo vært kjempeflinke. Så vi er veldig fornøyd med dem altså» (Tidlig inn-kontakt).

En annen utdyper dette og sier

Jeg tenker jo det at den MI-delen må vurderes hvor mye den skal være med fordi den er så vanskelig å følge opp. (...) Sånn i forhold til hensikten med den. Jeg vet ikke, fordi jeg opplever bare at de fleste ikke har klart å praktisere den i det hele tatt. (...) jeg har også utfordret dem på å eventuelt ha noen åpne spørsmålsstillinger på arbeidsbordet sitt, ha de foran seg når de har folk inne for å gi dem stimuli til å bruke litt åpne spørsmål og sånn. Litt mer verktøy for å klare i det hele tatt å bruke det (Tidlig inn-kontakt).

Her stiller Tidlig inn-kontakten spørsmål om hvorvidt deltakerne får godt nok utbytte av MI-undervisningen, når det er så vanskelig å bruk i praksis. Er det bedre da å utelate MI fra Tidlig inn enn å bare gi en kort innføring? Samtidig har andre opplevd motiverende intervju som en enkel og grei metode som det bare var å gå i gang med når Tidlig inn var ferdig. Hvorfor Tidlig inn-kontaktene opplever det så forskjellig, har vi ikke noe godt svar på, men det kan hende at det handler om de ansattes egne holdninger til det å ta i bruk nye metoder. Noen er veldig opptatt av å gjøre det «rett» og «etter boka», mens andre har en mer pragmatisk holdning til det og i større grad bare gikk i gang og regnet med at «øvelse gjør mester».

Flere av Tidlig inn-kontaktene har tatt opp at dagen hvor temaet var vold kunne blitt enda mer relevant om undervisningen også hadde omfattet en større differensiering av voldsbegrepet, at vekten for mye ble lagt på partnervold: «i forbindelse med vold har det jo kanskje vært mest om partnervold. Men det med oppdragervold det tror jeg, litt sånn differensiering av det begrepet tror jeg er litt viktig» (Tidlig inn-kontakt). Ut over dette er det flere som har tatt opp at dette var vold de visste minst om, og at de opplevde dagen som veldig nyttig og bevisstgjørende.

Undervisningen og manualen er et tema alle representantene for kompetansesentrene og direktoratene som vi intervjuet har tatt opp. Et generelt inntrykk er at manualen oppleves for omfattende. De fleste av de som ble intervjuet har vært med i Tidlig inn lenge og er derfor ganske erfarne og har gjort manualen til sin egen. Likevel melder flere om at det er vanskelig å skulle få til god undervisning når manualen er så omfattende at det egentlig ikke er rom for å gå gjennom alt i løpet av den avsatte tiden. Flere tar opp at man må ha realistiske forventninger for hva man har mulighet til å gå gjennom og stiller spørsmål ved om manualen rett og slett er for omfattende. Manualens omfang påvirker også hvor dypt det er mulig å gå i temaene. Noen av representantene for kompetansesentrene opplever at undervisningen blir for overflattisk og savner mulighet for å gå dypere i enkelte tema. De trekker også fram spørsmål om kanskje implementeringsprosessen og samarbeid på tvers i kommunen burde få mer oppmerksomhet også i undervisningen. En sier for eksempel at det er bedre å fremme samarbeid og spre budskapet enn at noen få i kommunene får veldig inngående kunnskap om verktøyene, altså mer fokus på samarbeid.

7.3 Burde «brukere med minoritetsbakgrunn» være et eget tema i undervisningen?

En utfordring i helsepersonellens arbeid er møter med gravide og småbarnsforeldre som også er brukere med minoritetsbakgrunn. Dette er identifisert både i evalueringen av opplæringsprogrammet Tidlig inn (Snertingdal, 2012) og i FRIDA-evalueringen (Vedøy & Lie, 2014). Utfordringene kan være knyttet til både språk, kulturforskjeller og ulike erfaringer med andre måter å organisere helsetjenester på. Dette har, slik vi har forstått det, også vært en diskusjon i den nasjonale arbeidsgruppen for Tidlig inn. Vi spurte derfor Tidlig inn-kontaktene om utfordringer knyttet til minoriteter burde vært et eget tema i Tidlig inn. De fleste var usikre og hadde tenkt lite på det. En svarer:

Egentlig ikke, for jeg tenker at, vi har jo vært innom det underveis i opplæringen også uten at det har vært et eget fagtema, men vi har drøftet hvordan da, fordi mange vil jo kanskje komme med mannen sin og det er mannen som er flink i norsk og kanskje ikke kona, og hvordan da får spurt hvis far sitter der og det er far som utøver vold (Tidlig inn-kontakt).

En annen sier: «Jeg tenker at det er et brennhett tema og viktig, hvorvidt det skal inn i dette kurset det synes jeg er vanskelig å, på stående fot, det har jeg ikke tenket noe gjennom». Andre Tidlig inn-kontakter sier at det er helt uproblematisk og synes ikke at brukere med minoritetsbakgrunn burde vært et eget tema og begrunner dette med at verktøyene og metodene er generelle, selv om en bruker med en annen kulturbakgrunn bringer en ny dimensjon inn i samtalen. Det er ikke noe ønske fra Tidlig inn-kontaktene om at «brukere med minoritetsbakgrunn» blir håndtert som et eget tema i opplæringsprogrammet. Men flere påpekte at brukere med minoritetsbakgrunn kunne vært et eget tema under dagen om vold.

7.4 Forankring i kommunenes ledelse

Før kommunene får starte opp Tidlig inn skal det skrives en forpliktende samarbeidsavtale mellom leder for det regionale opplæringsteamet og kommuneledelsen. Den skal inneholde en lokal plan for avvikling av opplæringen, en intensjonsavtale i kommunen om innføring av samtale med gravide inne 5.-8. svangerskapsuke (eller når graviditeten er konstatert) og bistandsavtaler med aktuelle fagmiljøer/spesialisttjenesten. Det forutsettes at kommunene oppretter veiledning for ansatte som tar i bruk kartleggingsverktøyene og samtalemetodene. Kommunen er ansvarlig for rekruttering av veileder og veiledningen er å anse som fast tiltak i implementeringsperioden.¹¹ Formelt sett er altså forankringen i kommunens ledelse på plass som en forutsetning for kommunens deltakelse i Tidlig inn. Hvordan denne forankringen utspiller seg i praksis er et annet spørsmål. Inntrykket fra intervjuene med Tidlig inn-kontaktene er at forankringen er mer på papiret enn i praksis. Flere forteller at de opplever å være alene med arbeidet og at administrativ og politisk ledelse i kommunen ikke fungerer som pådrivere. En slik holdning fra ledelsen kan fort virke demotiverende for Tidlig inn-kontaktene. Flere av Tidlig inn-kontaktene forteller lignende historier, men en av kommunene fremstår som et eksempel til etterfølgelse. Her forteller Tidlig inn-kontakten om en kommunalsjef som faktisk deltok i kurset og var aktiv pådriver.

Det var det, det var faktisk sendt ut pålegg om å delta på kurset fra rådmann når vi satte i gang. Og han som var kommunalsjef i den gruppen jeg satt i, han var jo tilstede på deler av kurset blant annet. Så det var veldig stor interesse og positiv holdning og aksjon fra ledelsen i kommunen. Så jeg tror det var litt av grunnen til at jeg opplever at vi tenker litt likt og snakker likt i etterkant, fordi vi måtte gå på det og vi opplevde det meningsfullt samtidig (Tidlig inn-kontakt).

Tidlig inn-kontakten ser tydelig verdien i denne deltakelsen, og opplever at det har ført til at de i større grad tenker og snakker likt i etterkant av kurset. At ledelsen er aktiv pådriver vil selvsagt virke positivt på enhver implementeringsprosess, samtidig er det mye den administrative og politiske ledelsen i en kommune skal engasjere seg i og det er kanskje for mye å forvente aktiv deltakelse fra kommunens ledelse.

Koordinatorerne for de regionale opplæringsteamene fremhever hvor omfattende og krevende forankringsprosessene i kommunene kan være, og også hvor særs viktig forankringen er for at kommunenes deltakelse i Tidlig inn skal føre til varig endring av praksis. I og med at Tidlig inn handler om å implementere nye verktøy i de ansattes yrkespraksis, er det viktig at kommunene er klar over den jobben de står overfor når

¹¹ Hentet fra brosjyren «Opplæringsprogrammet Tidlig inn»

opplæringsdagene er gjennomført. Forankring i kommunenes ledelse er derfor veldig viktig, både for gjennomføringen, men også for implementeringsprosessen.

En sentral del av forankringsprosessen, slik kompetansesentrene beskriver den, er å kartlegge hvilke behov kommunene har og hva slags kompetanse de har fra før. Ut fra denne prosessen kan koordinatoren tilpasse opplæringsløpet til kommunenes behov. Veldig mange av kompetansesentrene fremhever hvor viktig det er at opplæringsprogrammet har den fleksibiliteten som gjør at de kan tilby kommunene relevant opplæring tilpasset deres ønsker og behov.

Et fellestrekk for kommuner hvor Tidlig inn ikke har ført til endring av praksis er, ifølge de som ble intervjuet fra kompetansesentrene, at i disse kommunene har det vært Tidlig inn-kontakter som ikke følger tilstrekkelig opp. En solid forankring i kommunenes ledelse vil kunne bidra til at Tidlig inn-kontakter føler seg mer forpliktet til å følge opp, og arbeide for en god implementering av nye praksiser. Mer systematisert veiledningsprosess, vil også kunne virke positivt på implementeringsprosessen. Som også Møreforskning finner er det et stort potensiale i å skape større politisk vilje for å forbedre samhandlingen om utsatte barn og unge og tidlig innsats spesielt (Kaurstad et al., 2015). Forankringen i kommunens ledelse er en styrke i opplæringsprogrammet Tidlig inn, og er noe som er viktig å sikre i alle kommuner som skal delta i Tidlig inn.

7.5 Organisering og innholdet i veiledningen

I samarbeidsavtalen som kommunene inngår i forkant av opplæringen, står det at kommunen selv skal finne en veileder, og veilederen skal delta på hele opplæringen i tillegg til at han/hun vil få ekstra oppfølging i form av nasjonale/regionale seminarer osv. Organiseringen og innholdet i veiledningen har vært vanskelig i flere av kommunene ifølge flere av Tidlig inn-kontaktene. Det har for flere vært mye uklareheter rundt hva og hvordan veiledningen skal være. En Tidlig inn-kontakt forteller:

Du vet, først skulle jo, den veiledningen, det var litt diffust hva det skulle gå ut på, om det skulle gå ut på å få hjelp til de forskjellige konsultasjonene, rollespill og sånn, eller om det var det å få laget disse tiltaks skjeddene da. Så det var litt uklart i starten. De hadde ikke noe klart svar på det heller synes jeg da. Så vi har nå brukt henne til litt av hvert. Men egentlig er det vel mest konsultasjoner, samtaler og ideutveksling med henne og så har vi laget disse prosedyrene selv (Tidlig inn-kontakt).

En annen Tidlig inn-kontakt forteller noe lignende:

Og det vi så var at det var, enten om du kaller det uenighet eller misforståelse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i forhold til veiledningen skulle organiseres, for du så veldig klart det at i vår kommune, at det var et ønske om at flere skulle være med på veiledningen. Og så var det en avgrensning fra spesialisthelsetjenesten at veiledningen var for den som jobbet med den konkrete saken og så kunne en utvide på veien (Tidlig inn-kontakt).

Det er tydelig at kommunene har hatt svært ulik opplevelse av veiledningen, og i dette ligger en av utfordringene til Tidlig inn fremover. Man må i større grad sikre at tilbudet om veiledning blir godt for alle ansatte som har deltatt i Tidlig inn, særlig med tanke på at dette har stor betydning for de ansattes trygghet til å anvende verktøyene, og dermed også hvorvidt implementeringen i kommunene blir en suksess.

7.6 Implementering av nye rutiner

Tidlig inn er krevende for kommunene i den forstand at når opplæringen er gjennomført er jobben bare så vidt begynt. Alle Tidlig inn-kontaktene vi har intervjuet har problematisert dette. Det er ikke gjort i en fei å endre rutiner og arbeidsmåter i en kommune. Det er krevende, tar tid og krever en dedikert person som følger opp og minner på hva kommunen har forpliktet seg til å arbeide med. En av kommunene har vært så heldig å få finansiert en 20 prosent stilling i ett år til dette formålet. Denne Tidlig inn-kontakten er helt tydelig på at dette har vært den viktigste suksessfaktoren for hvorfor de har kommet så langt i Tidlig inn arbeidet i kommunen. Verktøyene og metodikken fra Tidlig inn er ikke noe som er innført når kommunene har gjennomført kurset. De ansatte må stadig minnes på at nye rutiner skal benyttes og at samarbeid er viktig. Det er klart at samarbeid ofte er en overskuddsaktivitet, og det er derfor ekstra krevende å få til. Hvis det er noe kommunene savner i tilknytning til Tidlig inn så er det de ekstra ressursene til å følge opp i etterkant som nevnes. Det er kun en kommune i vårt materiale som har ansatt noen i 20 prosent stilling for å følge opp implementeringen av Tidlig inn. Denne kommunen hadde svært god nytte av dette.

Forventninger til at noe skal skje i etterkant, og forpliktelser for kommunene framheves også av flere Tidlig inn-kontakter som et veldig bra element ved Tidlig inn og noe som skiller Tidlig inn positivt fra andre kursopplegg. Samtidig har nok flere kommuner blitt overrasket over hvor krevende en slik implementeringsprosess kan være, og har opplevd og ikke være godt nok forberedt på det.

Implementeringen er svært utfordrende, sett fra kompetansesentrenes synspunkt. Noen kommuner synes det er vanskelig å komme i gang med bruken av nye arbeidsmetoder fordi de ikke har svarene på alle utfordringene som kan oppstå, mens andre setter i gang og ordner eventuelle utfordringer underveis. Flere trekker fram at undervisningen burde hatt mer fokus på hvordan kommunene på best mulig måte kan få til implementeringen. Som Brunsson og Olsen (1993) påpeker er stabilitet og motstand mot forsøk på endringer et av de viktigste kjennetegnene på de institusjonaliserte organisasjonene. Endringer må tas med små skritt og tar lang tid (Olsen & March, 1989). Temaer i undervisningen som vi da kan utlede fra teoretiske perspektiver på implementeringsprosessen som relevante er: hva er viktig i implementeringsprosesser? Hva må være på plass for at de ansatte skal føle seg trygge nok til å spørre brukerne om disse vanskelige temaene? Hvordan må kommunens ledelse arbeide for å legge til rette for en god implementeringsprosess? Hva innebærer det å implementere noe og hvordan kan man få til varig praksisendring?

En refleksjon som har kommet fram i intervjuene med kompetansesentrene er knyttet til implementeringen og de stiller spørsmålet: kunne opplæringen også omfatte hvordan å implementere på best mulig måte? Kunne «hvordan komme i gang med arbeidet» vært et tema som bør vies tid i opplæringsdagene? Sett fra utsiden og med bakgrunn i det vi vet om implementeringsprosesser er det pussig at kommunene i så stor grad er overlatt til seg selv når det gjelder implementeringen av verktøyene.

7.7 Målgruppen for Tidlig inn

Målgruppen for programmet er utfordrende for de som skal undervise. Dette kommer tydelig fram i intervjuene med representantene for kompetansesentrene. Det handler først og fremst

om at det kan være vanskelig å håndtere både en hovedmålgruppe; jordmødre, helsesøstre og leger som skal utføre kartlegging ved hjelp av verktøyene, samtidig som man har en sekundærmålgruppe som ikke skal anvende verktøyene. Dette er et dilemma som flere representanter for kompetansesentrene tar opp; hvordan tilpasse undervisningen slik at man ivaretar alle sitt behov og gjør undervisningen relevant for alle?

Hvor vanskelig dette er henger mye sammen med hvordan sekundærmålgruppen reagerer. Vi har intervjuet Tidlig inn-kontakter som både forteller at sekundærmålgruppen har omfavnet undervisningen om kartleggingsverktøyene og sett hvor viktig at også de har denne kunnskapen og Tidlig inn-kontakter i kommuner hvor sekundærmålgruppen har reagert negativt og gjort undervisningen vanskelig. Kanskje handler dette om å gjøre et grundig forarbeid i kommunene om hva de kan forvente på opplæringsdagene. Kanskje bør Tidlig inn nasjonalt diskutere hvordan opplæringsprogrammet kan legges opp for å håndtere dette?

7.8 Nasjonal arbeidsgruppe og regionale opplæringsteam

Nasjonale arbeidsgruppe får mye skryt og noen kritiske innvendinger. Den nasjonale arbeidsgruppen fremstår som sentral for å sørge for at Tidlig inn fremstår som enhetlig i hele landet. Den har også vært sentral med tanke på utviklingen av manualen. Flere har likevel fremhevet at det kanskje er på tide at den nasjonale arbeidsgruppen endrer fokus fra manualen og til 1) forankringsarbeidet i forkant, 2) veiledningen i etterkant og 3) implementeringsprosessen.

Noen har også formidlet at koordinatorrollen (den personen i KoRus som koordinerer det regionale opplæringsteamet) trenger mer oppmerksomhet og at kanskje nasjonal arbeidsgruppe som et fora for å sikre lik praksis over hele landet dermed bør bestå av de som har koordinatoransvar. Koordinatorene er allerede representerte i den nasjonale arbeidsgruppen, men flere fremhever at *rollen* er særlig utfordrende og at de kunne hatt god nytte av mer samsnaking på tvers av regionene om utfordringene de møter i forankringsprosessene i kommunene og videre når de skal følge opp kommunene med implementeringsprosessen.

Flere har påpekt hvor positivt det er at det ble opprettet regionale opplæringsteam. Det har vært svært viktig for å sikre kontinuitet i arbeidet og har bidratt til økt regionalt samarbeid på tvers av kompetansesentrene.

Det at opplæringsprogrammet blir forankret lokalt ser ut til å virke positivt i forhold til hvordan man klarer å tilpasse opplæringsdagene til kommunenes behov og følge opp kommunene etter endt opplæring.

7.9 Oppsummering og konklusjon

Kontaktpersonene er svært positive til det at deres kommune har deltatt i Tidlig inn.

Undervisningen i Tidlig inn er av god kvalitet og Tidlig inn-kontaktene som er intervjuet stort sett godt fornøyd. Kvaliteten på foreleserne er god. Undervisningen om motiverende intervju/samtale blir drøftet og noen Tidlig inn-kontakter mener at denne delen av undervisningen blir for overflatisk til at deltakerne får utbytte av det. Vår vurdering er

imidlertid at kompetansesentrene har vært flinke til å tilpasse undervisningen til det kunnskapsnivået deltakerne fra den enkelte kommune har og at mange Tidlig inn-kontakter opplever kompetansen de får i MI som noe de relativt enkelt kan anvende i egen praksis.

Manualen oppleves som svært omfattende og dette kan føre til at underviserne ikke kan gå så dypt som de ønsker i alle temaene. Vi vurderer det slik at manualen med fordel kan bli mindre omfattende. Nasjonal arbeidsgruppe bør gjøre en vurdering av hvorvidt Tidlig inn skal gi en innføring i mange tema eller om man skal velge ut noen tema som får man kan gå dypere inn i.

Selv om Tidlig inn-kontaktene anerkjenner at brukere med minoritetsbakgrunn kan være en utfordring har de ikke noe ønske om at dette blir et eget tema i undervisningen.

Både når det gjelder innholdet i og organisering av veiledningen svært ulike opplevelser. De Tidlig inn-kontaktene som har fått til en god organisering av veiledningen i sin kommune opplever denne som svært verdifull. Flere forteller at de ikke har helt fått til gjennomføringen av veiledningen. Det virker som at det er en del tilfeldigheter når det gjelder hvordan veiledningen organiseres, det kan derfor være en fordel om f. eks de regionale opplæringssteamene tar et sterkere grep om veiledningen fremfor å overlate dette til kommunene.

Forankring i kommunenes ledelse er svært viktig for å få til en god implementeringsprosess. Representantene for kompetansesentrene arbeider mye med forankringen, og dette kan med fordel tas opp på et nasjonalt nivå for å sikre at kommunene får tilnærmet den samme prosessen i forkant uavhengig av hvor det er i landet.

Implementeringen av nye rutiner er krevende for kommunene. Vår vurdering er derfor at man bør sette av mer tid under opplæringsdagene til å øke kommunenes kompetanse i å implementere nye rutiner og arbeidsmåter i virksomheten.

Å ha en svært differensiert målgruppe er tydelig en utfordring i undervisningen. Likevel er vår vurdering at fordelene er større enn utfordringene. Verdien i at mange ansatte i forskjellige tjenester i kommunene får kunnskap om temaene og verktøyene er stor og viktig for å skape en felles forståelse av arbeide med utsatte familier. Det er også en stor verdi i at de ansatte får kunnskap om hverandre og hverandres tenkemåter og arbeidsmåter.

Den nasjonale arbeidsgruppen er svært viktig for å sikre at det å delta i opplæringsprogrammet Tidlig inn betyr det samme i alle landets kommuner. Å opprette regionale opplæringssteam har også vært viktig for å sikre dette. Arbeidet med å utvikle manualen har vært viktig fram til nå, men arbeidsgruppen må nå vurdere om Tidlig inn går inn i en ny fase hvor forankringsarbeidet i forkant, veiledningen i etterkant og implementeringsprosessen bør bli mer sentrale for å sikre et likeverdig tilbud for alle kommuner også på disse områdene.

Undervisningen i Tidlig inn oppleves å holde god kvalitet og kompetansesentrene har vært flinke til å tilpasse undervisningen til kunnskapsnivået i kommunene. Manualen er svært omfattende og kan med fordel begrenses slik at man i større grad kan gå i dybden på noen temaer heller enn å gå overflatisk gjennom mange. Det er ikke noe ønske fra Tidlig inn-kontaktene om at «brukere med minoritetsbakgrunn» blir håndtert som et eget tema i opplæringsprogrammet. Veiledningen oppleves og gjennomføres svært ulikt. Dette kan tyde

på at kommunene ikke håndterer denne oppgaven godt nok og trenger i større grad bistand fra de regionale opplæringssteamene for å få en bedre veiledningsprosess. Forankring i kommunens ledelse er svært viktig for om implementeringsprosessen blir vellykket. Det kan se ut til at det er litt tilfeldig hvordan forankringsprosessene gjennomføres i forkant av oppstart av Tidlig inn, og kan med fordel bli satt fokus på å sikre at alle kommuner får det samme tilbudet i forkant. Implementeringen av nye rutiner er krevende, og kommunene har behov for mer oppfølging for å få til å ta i bruk nye rutiner og verktøy. Det er utfordrende å ha en differensiert målgruppe, men det ser ut til at selv om de regionale opplæringssteamene opplever det som krevende så håndterer de det godt. Fordelene ved at flere yrkesgrupper får kunnskap om temaene er derfor større. Den nasjonale arbeidsgruppa har en viktig funksjon i å sikre en enhetlig utvikling av Tidlig inn.

8 Konklusjon og anbefalinger

Det overordnede målet med denne evalueringen er å undersøke om målgruppen opplever at opplæringsprogrammet har vært et hensiktsmessig virkemiddel for å øke kompetansen i å identifisere og samtale med gravide og småbarnsfamilier om bruk av rusmidler, psykiske problemer og/eller vold i nære relasjoner. Rapporten besvarer følgende åtte problemstillinger:

- 1) I hvilken grad har de ansatte systematisk tatt i bruk a) verktøyene og b) samtalemetodene?
- 2) I hvilken grad er det blitt etablert hensiktsmessige arenaer og rutiner for kommunen for å forbedre samhandlingen mellom tjenestene i møte med gravide, småbarnsforeldre og deres barn?
- 3) I hvilken grad opplever de ansatte at de har fått økt handlingskompetanse når det gjelder tidlig identifikasjon og intervensjon?
- 4) I hvilken grad har opplæring i kartleggingsverktøy og samtalemetoder gjort ansatte og ledere tryggere med hensyn til å spørre om psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner?
- 5) I hvilken grad opplever de ansatte at opplæringsprogrammet har bidratt til å gi adekvat hjelp eller å henvise foreldrene videre for ytterligere oppfølging?
- 6) Hvordan har gravide og småbarnsforeldre opplevd å bli spurt om sårbare temaer på denne måten?
- 7) Hvilken erfaring har de ansatte med brukernes opplevelse av å bli spurt om sårbare tema?
- 8) Har det vært *endring av praksis* i tjenesten etter opplæringen i kartleggingsverktøyene og samtalemetodikken?

Evalueringen har hatt til hensikt å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag om styrker og svakheter ved opplæringen i opplæringsprogrammet Tidlig inn med utgangspunkt i erfaringer fra praksisfeltet. I tillegg skal evalueringen munne ut i anbefalinger om hvordan Tidlig inn kan utvikles videre. I dette kapitlet oppsummerer vi konklusjonene fra evalueringen før vi gir noen anbefalinger basert på evalueringens resultater. Før konklusjoner og anbefalinger, vil vi kort knytte evalueringen til noen overordnede betraktninger om hvordan målsettinger blir tallfestet og definert, samt hvordan implementeringsprosesser typisk kan forløpe.

8.1 Overordnede betraktninger

8.1.1 Målsettingsdilemma

Tidlig inn har to overordnede faglige målsettinger. Den første er å bidra til å gjøre ansatte i kommunene bedre til å hjelpe barn og familier i en utsatt posisjon ved å gi ansatte mot til å handle og i større grad arbeide med utgangspunkt i tidlig intervensjon. Den andre målsettingen er å bidra til økt samarbeid på tvers av enheter i kommunen. For å håndtere disse to målsettingene har man definert målgruppen for Tidlig inn hvor de ansatte i kommunene deles inn i ulike grupper: a) «skal delta» (jordmødre, helsesøstre og leger), b) «bør delta» og c) «kan delta». Dilemmaet er at den første målsettingen, om økt kunnskap og handlingskompetanse, i all hovedsak gjelder «skal delta gruppen» (a), mens den andre

målsettingen om økt samarbeid på tvers, forutsetter at «bør delta» (b) og «kan delta» (c) gruppen er til stede. I all hovedsak er det kun jordmødre, helsesøstre og leger som trenger opplæring i og som potensielt skal benytte kartleggingsverktøyene i sitt arbeid, men det er et poeng at de øvrige relevante ansatte har kjennskap til disse og ikke minst til temaene i Tidlig inn. Evalueringen har vist at opplæringssteamene har opplevd det som utfordrende å gjennomføre undervisningen med en slik differensiert målgruppe, samtidig har vi også sett at ett av de kanskje viktigste utbyttene for de ansatte har kommet gjennom rollespill og caseoppgaver når de har vært satt sammen i grupper fra ulike enheter i kommunene.

Med utgangspunkt i forskning innenfor skolesektoren (se f. eks. Buland et al. (2014) og Buland og Mathiesen (2014)) er en av de virkelig store utfordringene i kommunal og fylkeskommunal sektor, at stor grad av interorganisatorisk kompleksitet gjør samarbeid på tvers av enheter svært vanskelig, og dette går igjen utover hvordan man i fellesskap klarer å hjelpe og bistå innbyggerne. En casestudie om kvaliteten på yrkes- og utdanningsrådgivningen og den sosialpedagogiske rådgivningen i grunnskole og videregående skole i Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal (Buland et al., 2014) konkluderte med at aktørene som skulle samarbeide i stor grad hadde motsetningsfylt forståelse av både egne og andres roller, kompetanse og arbeid i feltet. Dette førte igjen til at kvaliteten på rådgivingsarbeidet ikke ble så god som den kunne blitt med bedre samordning på tvers. Parallellen til denne evalueringen er at også de ansatte som deltar på Tidlig inn har som overordnet mål å yte god kvalitet på tjenestene til innbyggerne i kommunene. Når en kontaktperson, som selv var helsesøster, entusiastisk beskriver at det å løse en kursoppgave med en person som arbeidet i barnevernet var «dynamitt», forteller det at her er det et stort, uforløst potensiale som kunne bidratt til at tjenestene i enda større grad i fellesskap kan arbeide til det beste for barnet. Flere grep må tas, og Tidlig inn kan ikke løse denne utfordringen for kommunene helt og holdent, men Tidlig inn er en god bidragsyter ved at det gir tilgang til en felles kunnskapsbase og fungerer som et møtested hvor man kan bygge nye samarbeid ut fra.

8.1.2 Implementeringsprosessen

Et av de overordnede målene for Tidlig inn er at ansatte i kommunene skal ta i bruk nye kartleggingsverktøy og samtalemetoder. Dette skjer gjennom en implementeringsprosess. Allerede etablerte arbeidsformer, rutiner og samarbeidsklime i tillegg til andre forhold i kommunene legger føringer for hvor raskt eller sent denne prosessen går. Brunsson og Olsen (1993) påpeker at organisasjonenes innebygde treghet er et sentralt problem i studier av implementeringsprosesser. Ofte er det enkelt å ta en beslutning, men når den enkelte helsesøster i konsultasjonen med brukeren skal spørre om f. eks. vold, kan ulike barrierer oppstå og hindre at helsesøster kommer i gang med bruken. Datamaterialet vårt antyder flere av disse barrierene som kan oppstå, særlig på individnivå. Det å 1) få kunnskap om tiltakskjeden i kommunene, 2) å spørre om disse temaene er en rutine og 3) å delta i en god veiledningsprosess er tre elementer som bidrar til å bygge ned ulike barrierer som hindrer at ansatte endre sine arbeidsmåter. For å styrke implementeringsprosessen i etterkant kan det derfor være nyttig om opplæringsprogrammet i enda større grad blir orientert mot å styrke deltakernes kunnskap og kompetanse på disse områdene, da for å unngå barrierene ved implementeringen. Å identifisere barrierer på organisasjonsnivå krever en annen type datamateriale enn vi har her, som f. eks. casestudier i de enkelte kommuner.

Som påpekt tidligere viser datamaterialet at andelen kommuner som har besluttet at ansatte skal benytte kartleggingsverktøy og metoder fra Tidlig inn, er høyere enn andelen ansatte som oppgir å ha tatt dem i bruk. Dette er helt i tråd med teorier og tidligere forskning på implementeringsprosesser: det er enklere å ta en beslutning enn å faktisk komme i gang med bruken. Resultatene fra Tidlig inn er helt i tråd med dette og må ansees som meget gode.

8.2 Konklusjon

Resultatene viser at flertallet av kommunene har innført nye rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro, alkoholbruk og vold. Det er god måloppnåelse på alle disse punktene. Når vi ser på *innføringen* av nye verktøy, metoder og rutiner (hvorvidt kommunens ledelse har bestemt at de ansatte skal benytte nye rutiner i sin arbeidspraksis), har Tidlig inn ført til endringer av formell praksis i deltakerkommunene. Flertallet av Tidlig inn-kontaktene oppgir at deres kommuner har innført rutiner for systematiske samtaler om nedstemthet og uro (97 prosent), alkoholbruk (88 prosent) og vold (75 prosent) for noen eller alle relevante yrkesutøvere. Disse andelene viser at kommunene har kommet langt i den formelle delen av å endre praksisen og at det formelle apparatet så og si er på plass.

Opplæringsprogrammet har ført til mer bevissthet rundt verdien av å samhandle. Undersøkelsen viser at 49 prosent av Tidlig inn-kontaktene oppgir at deres kommune har etablert *nye* samarbeidsarenaer. Ut fra intervjuene ser vi at flere av kontaktpersonene oppgir at deres kommune ikke har etablert nye samarbeidsarenaer, men i stedet har utvidet/forbedret de allerede etablerte møteplassene, noe som kan være en fornuftig løsning der eksisterende møteplasser fungerer godt. Ut fra dette er det et akseptabelt resultat at 49 prosent har etablert nye samarbeidsarenaer.

Tidlig inn har gjort de ansatte tryggere med hensyn til å spørre om sårbare tema ifølge Tidlig inn-kontaktene. Veiledningen har en viktig rolle i denne trygghetsprosessen. Andelen av kommuner som deltar i veiledning er 61 prosent. Med tanke på at veiledningen er en del av selve opplæringsprogrammet, kunne man forvente at deltakelsen var høyere.

Inntrykket fra intervjuene med Tidlig inn-kontaktene er at de opplever programmet som nyttig og med god kvalitet. Tilsvarende ser vi at blant de ansatte er det 91 prosent som oppgir at de helt eller delvis er enig i at de føler seg mer kompetent til å utføre sine arbeidsoppgaver. Det må likevel påpekes at det er en sak å innføre og lære om nye samtalemetoder og kartleggingsverktøy, men det er noe annet å komme i gang med å bruke nye rutiner. Den formelle delen av implementeringsprosessen ved at kommunene innfører nye rutiner er i hovedsak på plass, men å få ansatte til å ta i bruk nye rutiner er en mer tidkrevende del av implementeringsprosessen.

Tidlig inn har gode resultater når det gjelder læringsutbytte for de ansatte. Av jordmødre, helsesøstre og leger har (Tabell 23 side 64):

- 94 prosent fått bedre kompetanse i å samtale om nedstemthet og uro.
- 92 prosent har fått bedre kompetanse i å samtale om vold i familien.
- 91 prosent har fått bedre kompetanse i å samtale om alkoholbruk.
- 91 prosent føler seg mer kompetent til å utføre sine arbeidsoppgaver.

- 86 prosent mener de har fått bedre innsikt i de juridiske rammene for samarbeid på tvers av enheter i kommunen.
- 85 prosent har fått økt kunnskap om tiltakskjeden i egen kommune når det gjelder gravide/småbarnsforeldre.

Tabell 24 side 66 viser at for jordmødre, helsesøstre og leger er det god måloppnåelse når det gjelder

- å samarbeide oftere med andre tjenesteutøvere (86 prosent).
- å oftere oppdage tegn på nedstemthet og uro (82 prosent).
- å henvise oftere brukere til relevante hjelpeinstanser (75 prosent).
- å oftere oppdage tegn på vold i familien (59 prosent).

Andelene enige er lavere på påstandene om hva de ansatte gjør mer av, enn andelene som oppgir å ha fått bedre kompetanse. Dette er et tegn på at det tar lenger tid, som i alle implementeringsprosesser, å omsette kunnskapen til handling i det daglige arbeidet. Når dette er sagt, sier altså 59-86 prosent eller flere av primærmålgruppen seg enige i at de etter deltakelse i Tidlig inn har endret sin praksis på de overnevnte fire punktene. Dette viser at Tidlig inn har bidratt til endringer i hvordan tjenesteutøver utfører sin jobb. Når det gjelder å oftere oppdage tegn på uheldig alkoholbruk, er andelen på 48 prosent. Den lavere andelen kan forklares med at det over lengre tid har vært et tydelig budskap fra helsemyndighetene at alkohol er skadelig for fosteret, og at dette kan ha ført til at det er færre tilfeller av uheldig alkoholbruk å oppdage.

Det er på spørsmålene om i hvilken grad de ansatte har tatt i bruk *nye rutiner* for samtaler med gravide/småbarnsforeldre viser at andelene som i stor eller svært stor grad oppgir å ha gjort dette er betydelig lavere. For primærmålgruppen oppgir 51 prosent å ta i bruk nye rutiner for samtaler om nedstemthet og uro, 33 prosent for vold i familien og 29 prosent for alkoholbruk (Tabell 25 side 67). Det er kun temaet nedstemthet og uro som har resultater som tilsvarende god måloppnåelse. Implementeringsprosessen har kommet langt når det gjelder kommunenes formelle *innføring* av nye rutiner, flertallet av de ansatte har mer generelt endret sin arbeidsmåte (de samarbeider oftere e.l.), men når det gjelder samtaler om alkoholbruk og om vold er det betydelig færre ansatte som oppgir at de har *tatt i bruk* nye rutiner. Det å ta i bruk selve kartleggingsverktøyene står i samsvar med resultatene om rutinene og det er kun EPDS (67 prosent) og elementer av støttesamtale (51 prosent) hvor det er flere enn halvparten som oppgir å ha tatt dem i bruk. TWEAK (20 prosent), standardspørsmål om vold (39 prosent) og MI (47 prosent) er tatt i bruk blant færre enn halvparten av jordmødrene, helsesøstrene og legene.

De ansatte fikk spørsmål om i hvilken grad Tidlig inn har vært til hjelp for dem i det daglige arbeidet. 47 prosent svarer i stor eller svært stor grad, mens 46 prosent svarer i noen grad (se Tabell 29 side 72). En streng tolkning er at resultatene ikke viser god nok måloppnåelse når det gjelder å være til hjelp i det daglige arbeidet (målekriteriet er satt til 50 prosent). Tar vi derimot med de som også i noen grad mener Tidlig inn har vært til hjelp i det daglige arbeidet er bildet et annet. Da er det 93 prosent av de ansatte som mener Tidlig inn har vært til hjelp for dem i det daglige arbeidet. Dette er et svært høyt tall. Med utgangspunkt i at Tidlig inn er et opplæringsprogram med målsetning å gi de ansatte økt kunnskap og kompetanse til å utføre sitt daglige arbeid, burde vi likevel kunne forvente at en høyere andel ansatte svarer i stor og i svært stor grad.

På spørsmål om de ansatte har blitt mer bevisste på sin rolle i det forebyggende helsearbeidet arbeidet knyttet til rus, vold og psykisk helse, svarer 63 prosent av jordmødre, leger og helsesøstre at dette er tilfellet i stor eller svært stor grad. Dette er en høy andel.

De ansatte opplever at brukerne er fornøyd med å bli spurt om vold, nedstemthet og alkoholbruk, særlig hvis konteksten er at dette er en rutine og alle blir spurt. Brukerne selv er svært positive til å bli spurt.

Kontaktpersonene er svært positive til kommunens deltakelse i Tidlig inn. Undervisningen i Tidlig inn oppleves å holde god kvalitet og kompetansesentrene har vært flinke til å tilpasse undervisningen til kunnskapsnivået i kommunene. Manualen er omfattende og kan med fordel begrenses slik at man i større grad kan gå i dybden på noen temaer heller enn å gå overflatisk gjennom mange.

Det er ikke noe ønske fra Tidlig inn-kontaktene om at «brukere med minoritetsbakgrunn» blir håndtert som et eget tema i opplæringsprogrammet.

Veiledningen oppleves og gjennomføres svært ulikt. Dette kan tyde på at kommunene ikke håndterer denne oppgaven godt nok og trenger i større grad bistand fra de regionale opplæringssteamene for å få en bedre veiledningsprosess. Forankring i kommunens ledelse er svært viktig for om implementeringsprosessen blir vellykket. Våre data viser at det er litt tilfeldig hvordan forankringsprosessene gjennomføres i forkant av oppstart av Tidlig inn. Dette kan med fordel bli satt fokus på å sikre at alle kommuner får det samme tilbudet i forkant.

Implementeringen av nye rutiner er krevende, og kommunene har behov for mer oppfølging for å kunne ta i bruk nye rutiner og verktøy. Det er utfordrende å ha en differensiert målgruppe, men det ser ut til at selv om de regionale opplæringssteamene opplever det som krevende, så håndterer de det godt. Fordelene ved at flere yrkesgrupper får kunnskap om temaene er derfor større. Her har den nasjonale arbeidsgruppa en viktig funksjon i å sikre en enhetlig utvikling av Tidlig inn.

Evalueringen viser at Tidlig inn er et hensiktsmessig virkemiddel for å øke kunnskapen og kompetansen til kommunalt ansatte i å identifisere og samtale med gravide og småbarnsforeldre om alkoholbruk, psykiske vansker og vold i nære relasjoner. Utfordringen for Tidlig inn ligger i å få omsatt denne nye kunnskapen og kompetansen til praksis. Det er flere kommuner som oppgir å ha *innført* nye rutiner enn det er ansatte som oppgir å ha tatt dem i *bruk*. Utfordringen i den videre utviklingen av opplæringsprogrammet blir derfor å bidra til at de ansatte og kommunene i større grad klarer å få omsatt kunnskapen og kompetansen til ny praksis.

Tidlig inn er et ressurskrevende tiltak, men evalueringen viser gode resultater når vi ser på hvilke endringer det har ført til i kommunene og informantenes opplevelse av deltakelsen, det er derfor vår anbefaling at Tidlig inn videreføres.

8.3 Anbefalinger

Basert på resultatene fra denne evalueringen vil vi her komme med noen anbefalinger til videre utvikling av Tidlig inn. Anbefalingene er et resultat av en helhetlig vurdering av datamaterialet i evalueringen, og vi tar fram de områdene hvor vi ser muligheter for endringer, disse områdene er ikke nødvendigvis knyttet til hovedkonklusjonene.

Hovedkonklusjonene i evalueringen er at Tidlig inn oppleves svært positivt (det gir økt kunnskap og kompetanse til ansatte i kommunene) og her ser vi ikke store behov for endringer. Punktene hvor vi ser noe behov for endringer er først og fremst knyttet til implementeringsprosessen og det å få ansatte til å ta i bruk verktøyene og metodene i enda større grad. Videre ser vi også et forbedringspotensial når det gjelder å styrke måten Tidlig inn kan bidra til bedre samhandling på tvers av enheter i kommunen.

Tidlig inn er et gjennomgående positivt tiltak. Det øker kunnskapen og kompetansen til de ansatte og med den sammensatte målgruppen blir opplæringsdagene et møtepunkt for de ansatte hvor de kan få kjennskap til hverandres utgangspunkt og handlingsmåter i møte med gravide og småbarnsforeldre. Når veiledningen fungerer, får også de ansatte tett oppfølging i bruk av nye kartleggingsverktøy og metoder over lang tid. Denne evalueringen viser også positive resultater på de fleste målepunktene. Da det ikke har kommet fram noen store svakheter ved programmet er våre anbefalinger mer å betrakte som innspill som kan bidra til noen refleksjoner over ulike elementer i Tidlig inn og til å gjøre opplæringsprogrammet enda bedre.

8.3.1 Implementering

Evalueringen viser at implementeringen av nye rutiner er noe kommunene har lyktes godt med. Det som er mest krevende, er å omsette nye rutiner i praksis i form av handling. Vår vurdering er derfor at man med fordel kan sette av mer tid under opplæringsdagene til å øke kommunenes evne til å styrke implementeringen på dette punktet. Dette kan gjøres ved at undervisningen i større grad vektlegger forhold som er viktige for å komme fra ord til handling, eksempelvis hvilke faktorer som kan bidra til at de ansatte føler seg trygge nok til å spørre brukerne om disse vanskelige temaene. I en implementeringsprosess vil tilstedeværelsen av ledelse være viktig. Her bør man se nærmere på hvordan kommunens ledelse kan arbeide mer aktivt for å legge til rette for en god implementering og hvordan ledere på ulike nivå kan støtte opp om og være pådrivere i å omsette nye rutiner til praksis.

8.3.2 Samhandling

Samarbeid på tvers i kommunene er en utfordring. Økt samarbeid ligger som et forventet resultat av Tidlig inn, men selv om vi ser positive resultater, er det fremdeles mulighet for bedre måloppnåelse på dette punktet. Samarbeid på tvers i kommunene burde få mer oppmerksomhet i undervisningen. Vi anbefaler at dette blir et tema på alle opplæringsdagene, da det å utvikle stabile samarbeidsrelasjoner er en tidkrevende prosess.

8.3.3 Forarbeidet i kommunene

Det er utfordrende å ha en differensiert målgruppe, men fordelene med å få spredt kunnskapen til flere er også stor. Et sentralt spørsmål i forberedelsene til gjennomføring av Tidlig inn i kommunene, er hvordan man kan tilpasse undervisningen slik at man ivaretar

alle deltakernes behov og gjør undervisningen relevant for alle. For å få til dette, må koordinatorene for de regionale opplæringssteamene gjøre et grundig forarbeid i kommunene og opplyse om hva de kan forvente på opplæringsdagene. Dette er en felles utfordring og vi anbefaler at nasjonal arbeidsgruppe utarbeider en plan for hvordan koordinatorene for opplæringssteamene skal gå fram for å håndtere dette.

En solid forankring i kommunenes ledelse vil til en viss grad kunne bidra til at Tidlig inn-kontakter føler seg mer forpliktet til å følge opp. Mer systematisert veiledningsprosess, vil også kunne virke positivt.

8.3.4 Mer enhetlig veiledningsprosess

Direktoratene bør vurdere hvordan veiledningsprosessen kan styrkes. Å styrke veiledningen vil etter vår mening bidra til at enda flere ansatte opplever å bli tryggere på å spørre om disse sårbare temaene og å anvende verktøyene. Man må i større grad sikre at tilbudet om veiledning blir likt og av god kvalitet for alle ansatte som har deltatt i Tidlig inn. Dette vil bidra til å øke de ansattes trygghet og deres tilbøyelighet til å ta i bruk nye rutiner og metoder. Totalt sett vil dette virke positivt på implementeringsprosessen i kommunene.

8.3.5 Rekruttering av deltakergrupper som er dårlig representert

Tidlig inn har en primærmålgruppe som består av jordmødre, helsesøstre og leger. Det har vært gitt spesialkurs til legene både i vest, sør og øst, og Tidlig inn har vært godkjent som studiepoeng for leger siden 2011. Blant de som har svart på spørreskjemaundersøkelsen er det kun 2 prosent som er leger (se Tabell 19 side 60). Vi har ikke fått tilgang til informasjon som gir mulighet til å kontrollere om denne andelen tilsvarer andelen leger som har deltatt på Tidlig inn. I intervjuene med Tidlig inn-kontaktene, har alle tatt opp at det har vært større eller mindre utfordringer med å få legene til å delta på opplæringen, men at de har vært en veldig ønsket gruppe. På bakgrunn av dette anbefaler vi at så lenge legene er definert inn i «skal delta-gruppen», bør man arbeide for bedre deltakelse fra denne gruppen.

Tidlig inn har også definert en «bør-delta målgruppe» hvor bl.a. NAV er plassert. Med tanke på samarbeid på tvers av enheter i kommunen og å fange opp brukere tidlig i en problemutviklingsprosess, er NAV en viktig aktør for å sikre helhetlig oppfølging av brukerne. NAV er dårlig representert og vi anbefaler en økt innsats for rekruttering også her. For å i enda større grad realisere samarbeidspotensialet – til det beste for barnet – i kommunene, kan Tidlig inn med fordel få flere deltakere fra bør-gruppen.

Skole og barnehage er definert i «kan-delta» målgruppen. Hensikten med deltakelse fra skole og barnehage i Tidlig inn har nettopp vært den merverdien det gir å ha bredt tverrfaglig sammensatt opplæringsgruppe – for å bidra til å styrke det tverrfaglige samarbeidet i kommunene. Skole og barnehage er viktige arenaer for å oppdage barn som lever i problematiske hjemmeforhold. Det er derfor viktig at de ansatte også her er bevisste på tematikkene, men ut fra intervjuene med kontaktpersonene er det få deltakere fra disse gruppene. Dette kan ha både med kapasitetsproblemer i Tidlig inn (hvor mange deltakere kan håndteres), men også hvorvidt ansatte i skole og barnehage opplever opplæringen som relevant for dem. En mulig løsning på dette kan være å utforme en kursdag som er spesialtilpasset «kan-delta» målgruppen.

8.3.6 Gjøre kursinnholdet enda mer relevant for daglig praksis

Det framkommer av rapporten at Tidlig inn får gode tilbakemeldinger, både som praksisnær og nyttig. 47 prosent av de ansatte svarer i stor eller svært stor grad på spørsmål om i hvilken grad Tidlig inn har vært til hjelp for dem i det daglige arbeidet, mens 46 prosent svarer i noen grad (se Tabell 29 side 72). Disse tallene er gode, men indikerer også et forbedringspotensiale. Et ambisiøst program som Tidlig inn bør søke å redusere andelen som kun i noen grad opplever at programmet er til hjelp det daglige arbeidet og øke andelen som opplever dette i stor og svært stor grad. Derfor anbefaler vi at innholdet i kurset blir gjennomgått med tanke på hvordan det kan bli enda mer relevant for deltakerne i deres daglige arbeid.

8.3.7 Nasjonal arbeidsgruppe

Den nasjonale arbeidsgruppen er svært viktig for å sikre at det å delta i opplæringsprogrammet Tidlig inn betyr det samme i alle landets kommuner. Å opprette regionale opplæringsteam har også vært viktig for å sikre dette. Arbeidet med å utvikle manualen har vært viktig fram til nå, men arbeidsgruppen må nå vurdere om Tidlig inn går inn i en ny fase hvor forankringsarbeidet i forkant, veiledningen i etterkant og implementeringsprosessen bør få et sterkere fokus for å sikre et likeverdig tilbud for alle kommuner også på disse områdene. Vi vurderer det slik at manualen med fordel kan bli mindre omfattende. Fordi manualen inneholder mye informasjon, må det regionale opplæringsteamet i samarbeid med kommunen velge ut det som har størst relevans i kommunen og på den måten skreddersy opplæringen ut fra lokale behov. Denne skreddersømmen er en viktig oppgave som samtidig styrker forankringen mot kommunens ledelse og den senere implementeringsprosessen. Vår anbefaling er derfor at den nasjonale arbeidsgruppe bør gjøre en vurdering av hvorvidt Tidlig inn skal gi en innføring i mange tema eller om man skal velge ut noen tema som man kan gå dypere inn i for å synliggjøre hva som skal prioriteres når opplæringsprogrammet skreddersys til den enkelte kommune. Tydeligere prioriteringer kan forenkle skreddersøm-prosessen.

9 Litteratur

- Alvik, A. (2007). *Alcohol use before, during and after pregnancy : A population based study in oslo, norway*. no. 501, Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub, Oslo.
- Babor, T. (2008). Taking stock: Twenty-five years of translational research on alcohol screening and brief intervention. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 6, 578-580.
- Baklien, B. (1993). Evalueringsforskning i norge. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 34, 261-274.
- Barrett, S. & Fudge, C. (1981). *Policy and action : Essays on the implementation of public policy*. London: Methuen.
- Bolman, L. G., Thorbjørnsen, K. M. & Deal, T. E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : Strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Britt, E., Hudson, S. M. & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 147-155. doi: 10.1016/s0738-3991(03)00141-1
- Brunsson, N. & Olsen, J. P. (1993). *The reforming organization*. London: Routledge.
- Buland, T. & Mathiesen, I. H. (2014). Dropout in a school for all: Individual or systemic solutions? *The nordic education model* (s. 211-230): Springer.
- Buland, T., Mathiesen, I. H., Mordal, S., Tønseth, C., Austnes-Underhaug, R. & Skoland, K. (2014). "Æ skjønne itj, æ våkne opp kvar dag å vil bli nå nytt æ" : *Skolens rådgivning i møre og romsdal, sør-trøndelag og nord-trøndelag*. Trondheim: NTNU program for lærerutdanning.
- Carstensen, H. V. & Bason, C. (2012). Powering collaborative policy innovation: Can innovation labs help? *Innovation Journal*, 17(1).
- Choi, S. K., Kim, J. J., Park, Y. G., Ko, H. S., Park, I. Y. & Shin, J. C. (2011). The simplified edinburgh postnatal depression scale (epds) for antenatal depression: Is it a valid measure for pre-screening? *International Journal of Medical Sciences*, 9(1), 40-46.
- Cox, J. & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health : A guide to the edinburgh postnatal depression scale (epds)*. London: Gaskell.
- Cramton, C. D. (2001). The mutual knowledge problem and its consequences for dispersed collaboration. *Organization Science*, 12(3), 346-371.
- Dalin, P. (1995). *Skoleutvikling : Strategier og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Dye, T. R. (1975). *Understanding public policy* (2nd ed. utg.). Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S. & Samuelsen, S. O. (2001). Review of validation studies of the edinburgh postnatal depression scale (Vol. 104, s. 243-249). Copenhagen.
- Halvorsen, A., Madsen, E. L., Jentoft, N. & Alsos, G. A. (2013). *Evaluering : Tradisjoner, praksis, mangfold*. Bergen: Fagbokforl.
- Hellesnes, J. (2010, 08.06.2010). Den norske reformismen, *Klassekampen*.
- Helsedirektoratet. (2010). *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Tidlig samtale om alkohol og levevaner : Veiviser for helsepersonell i svangerskapsomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold*. Oslo: Helsedirektoratet Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/287/Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20svangerskapsomsorgen%20-%20hvordan%20avdekke%20vold-IS-2181.pdf>.
- Hinds, P. & Kiesler, S. (2002). *Distributed work*. Cambridge, Mass: MIT Press.

- Hjemdal, O. K. & Engnes, K. (2009). Å spørre om vold ved svangerskapskontroll : Rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner Rapport (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress : online) (Vol. nr. 1/2009). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Kaurstad, G., Bachmann, K., Bremnes, H. & Groven, G. (2015). Trygg oppvekst - helhetlig organisering av tjenester for barn og unge. Ks fou-prosjekt nr.134033. *Rapport* (Vol. 1502). Molde: Møreforskning Molde.
- Lie, T., Karlsen, J. E. & Tharaldsen, J.-E. (1999). *Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene* (vol. 1999/007). Stavanger: Rogalandsforskning.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy : Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Mazmanian, D. A. & Sabatier, P. A. (1981). *Effective policy implementation*: Free Press.
- Maznevski, M., Steger, U. & Amann, W. (2007). Managing complexity in global organizations. *Perspectives for Managers*(141), 1-4.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21(6), 835-842. doi: 10.1016/0306-4603(96)00044-5
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing : Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.
- Morrell, C. J., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., . . . Parry, G. J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: Pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ : British Medical Journal*. doi: 10.1136/bmj.a3045
- Nielsen, E. S., Underland, V. & Johansen, M. (2010). Motiverende samtale for å endre levevaner Notat (Vol. Mai 2010). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Nilsen, P., Kaner, E. & Babor, T. (2008). Brief intervention, three decades on. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 453-467.
- Noteboom, B. (2008). Learning and innovation in inter-organizational relationships. I S. Cropper, M. Ebers, C. Huxham & P. Smith Ring (red.), *The oxford handbook of inter-organizational relations*. Oxford: Oxford University Press.
- O'toole, L. J. (2003). Interorganizational relations in implementation. I J. Pierre & B. G. Peters (red.), *Handbook of public administration* (s. 245-255). London: Sage.
- Olsen, J. P. & March, J. G. (1989). *Rediscovering institutions: The organizational basis of politics*: New York: Free Press.
- Parjanen, S., Harmaakorp, V. & Frantsi, T. (2010). Collective creativity and brokerage functions in heavily cross-disciplined innovation processes. *Interdisciplinary Journal of Information, Knowledge, and Management*, 5.
- Petruzzelli, A. M., Albino, V. & Carbonara, N. (2007). Technology districts: Proximity and knowledge access. *Journal of Knowledge Management*, 11(5), 98-114. doi: 10.1108/13673270710819834
- Pressman, J. L. & Wildavsky, A. (1973). *Implementation : How great expectations in washington are dashed in oakland : Or, why it's amazing that federal programs work at all : This being a saga of the economic development administration : As told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Berkeley, Calif: California University Press.
- Ringdal, K. (2001). Enhet og mangfold. Bergen: Fagbokforlaget.
- Singh, A. & Prakash, G. (2010). Public-private partnerships in health services delivery: A network organizations perspective. *Public Management Review*, 12(6), 829-856. doi: 10.1080/14719037.2010.488860
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener : En regresjonsbasert tilnærming* (2. [rev. og utvidet] utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skogen, K. (2006). *Entreprenørskap i utdanning og opplæring*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Snertingdal, M. I. (2012). Et opplæringsprogram i tidlig intervensjon blir til! SIRUS-rapport (online) (Vol. nr. 5/2012). Oslo: SIRUS.
- Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet : Sentrale perspektiver - aktuelle målgrupper og arenaer*. (9788280810885). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Steger, U., Amann, W. & Maznevski, M. (2007). *Managing complexity in global organizations* (vol. v.5). Chichester: Wiley.
- Sverdrup, S. (2014). *Evaluering : Tilnærminger, modeller og eksempler*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sætren, H. (1983). *Iverksetting av offentlig politikk : En studie av utflytting av statsinstitusjoner fra oslo 1960-1981*. Universitetsforlaget, Bergen.
- Tornes, K. (2012). Evaluering - definisjon og fokus. I K. Tornes (red.), *Evaluering i teori og praksis*. Trondheim: Akademika forl.
- Tornes, K. (2013). Om verdier og kriterier i evaluering. I A. Halvorsen, E. L. Madsen, N. Jentoft & G. A. Alsos (red.), *Evaluering : Tradisjoner, praksis, mangfold*. Bergen: Fagbokforl.
- Vedøy, G. & Lie, T. (2014). *Tidlig samtale om alkohol og levevaner - frida* (vol. 2014/016). Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
- Vestman, O. K. (2011). *Utvärderandets konst : Att granska fou-miljöer inom välfärd*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Waagene, E. & Støren, L. A. (2013). Fagskoleutdannedes studiesituasjon og arbeidsmarkedssituasjon. Kandidatundersøkelse blant fagskoleutdannede uteksaminert våren 2012 (Vol. 40/2013). Oslo: NIFU.
- Wangberg, S. C. (2015). Norwegian midwives' use of screening for and brief interventions on alcohol use in pregnancy. *Sexual & Reproductive Healthcare*. doi: 10.1016/j.srhc.2015.03.001
- Winter, S. (2003a). Implementation perspective: Status and reconsideration. I B. G. Pierre & J. Peters (red.), *Handbook of public administration*. London: Sage.
- Winter, S. (2003b). Introduction. I B. G. Pierre & J. Peters (red.), *Handbook of public administration*. London: Sage.
- Wuyts, S., Colombo, M. G., Dutta, S. & Nooteboom, B. (2005). Empirical tests of optimal cognitive distance. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 58(2), 277-302. doi: 10.1016/j.jebo.2004.03.019

1 Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt Modellkommuner og Tidlig inn-kommuner

Vedlegg 2: Organisasjonsmodell og mandat for Tidlig inn

Vedlegg 3: Intervjuguide til representanter for direktoratene

Vedlegg 4: Intervjuguide til representanter for regionale opplæringssteam

Vedlegg 5: Intervjuguide Tidlig inn-kontakter i kommunene

Vedlegg 6: Spørreskjema til Tidlig inn-kontakter i kommunene

Vedlegg 7: Spørreskjema ansatte i kommunene

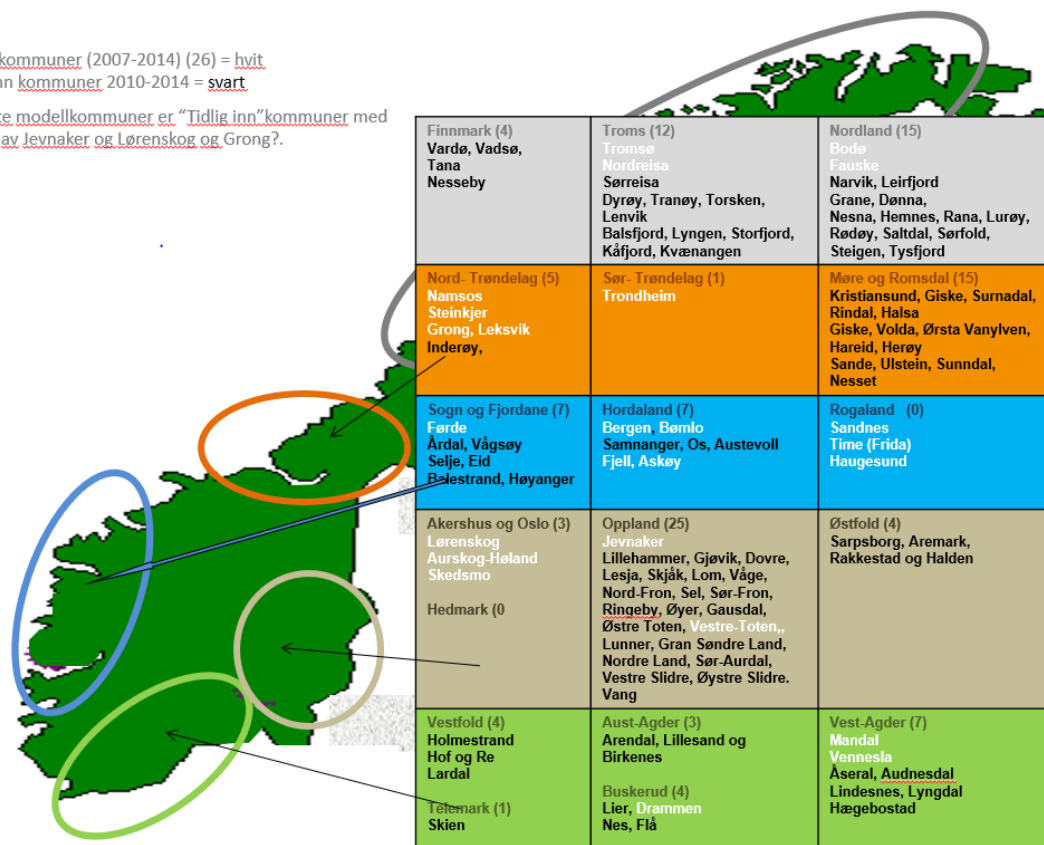
Vedlegg 8: Spørreskjema brukere

Vedlegg 9: Analyser fra spørreskjema til brukerne

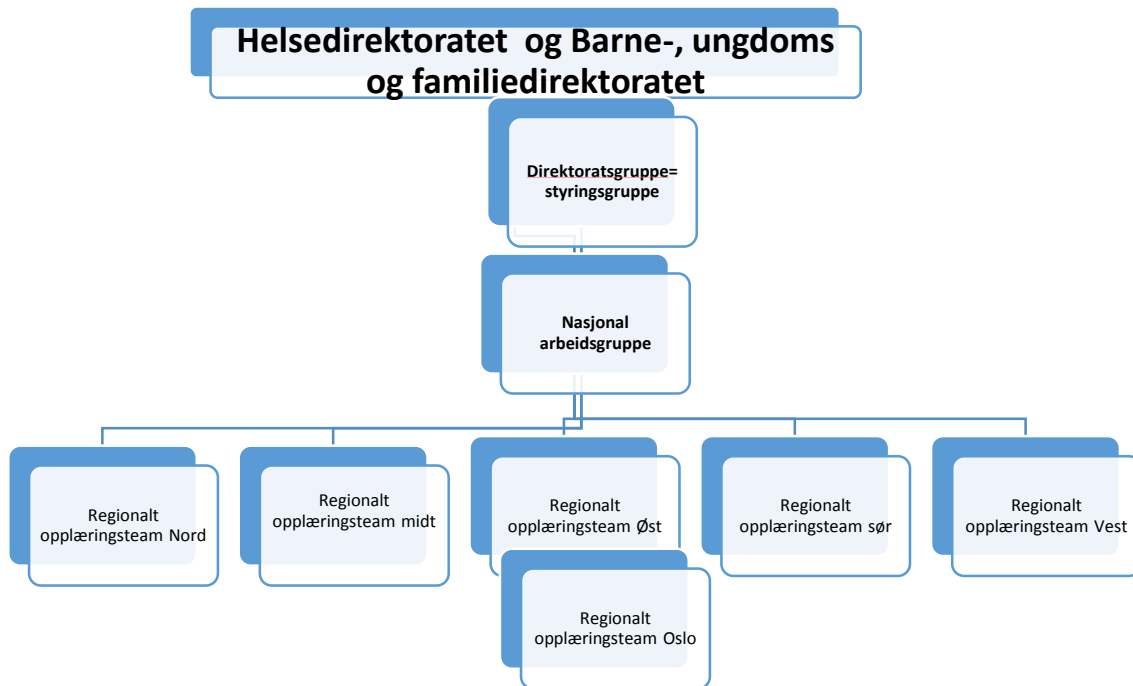
1.1 Oversikt Modellkommuner og Tidlig inn-kommuner

Modellkommuner (2007-2014) (26) = hvit
 Tidlig Inn kommuner 2010-2014 = svart

De fleste modellkommuner er "Tidlig inn" kommuner med unntak av Jevnaker og Lørenskog og Grong?.



1.2 Organisasjonsmodell og mandat for Tidlig inn



Direktoratssamarbeidsmøter og nasjonal arbeidsgruppe har følgende ansvar og mandat:

- Sørgе for at programmet gjennomføres i samsvar med forutsetningene/manual
- Sikre framdrift i henhold til tilskuddsbrev (helse-dir.) og disponeringsbrev (Bufdir.)
- Vurdere justering av kursmanual
- Beslutte i faglige problemstillinger som arbeidsgruppa fremmer, og
- Beslutte når dette ikke har konsekvenser i henhold til tilskuddsbrev
- Beslutte om justeringer i programmet/ manualen,
- KoRus (Kompetansesenter – rus) (Dag 1- og 2)
- RBUP/RKBU (Regionsenter for barn og unges psykiske helse / Regionalt kunnskapssenter for barn og unge) (Dag 3)
- RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) (Dag 4)
- Bufetat (Barne-, ungdoms- og familietaten regionalt /familievern) (Dag 5)

1.3 Intervjuguide direktoratene

Det finnes en stor mengde andre kurs som omhandler mye av det samme. Hvorfor sette i gang Tidlig Inn i tillegg? Eks. modellkommuneprosjektet og FRIDA

Hva er den overordnede målsettingen for Tidlig inn slik dere ser det?

Opplever dere at prosjektet har nådd sine målsetninger?

Hvordan har responsen fra kommunene vært?

Organiseringen av programmet med to direktorat. Hvordan har dette fungert?

Hvordan har organiseringen med regionale opplæringssteam og nasjonal arbeidsgruppe fungert?

Hva slags forventninger hadde dere til opplæringsprogrammet når det ble igangsatt?

Har de regionale opplæringssteamene fungert slik dere forventet?

Opplæringen fokuserer ikke på brukere med minoritetsbakgrunn, hvorfor ikke?

Har det vært noe problematisk i tilknytning til gjennomføringen av opplæringsprogrammet? Hva? Hvordan?

Selve opplæringsprogrammet har vært evaluert tidligere, hva var det viktigste som kom ut av denne evalueringen sett fra deres synspunkt?

Hvordan er deres inntrykk at veiledningen fungerer?

Har det vært noen spesielle bekymringer underveis i arbeidet med Tidlig Inn?

Er det noe spesielt dere vil endre på i videreføringen?

Hvilken betydning mener dere at Tidlig inn har hatt for kommunenes praksis?

Har Tidlig inn hatt betydning for det overordnede arbeidet med tidlig intervensjon?

Har Tidlig inn bidratt til å avdekke flere gravide/småbarnsforeldre med behov for hjelp?

Hva slags resultater ser dere av programmet?

Er det noe som du synes er viktig som jeg ikke har spurt om?

1.4 Intervjuguide regionale opplæringsteam

Hva har vært din rolle i Tidlig Inn?

Hvordan har Tidlig Inn-kurs har blitt tatt imot i kommunene?

Hvordan har din kontakt med kommunene vært?

Har du veiledet kommunene i implementeringsfasen? På hvilken måte?

Har noe ved opplæringsprogrammet eller implementeringen av ny praksis vært særskilt problematisk?

Har kommunene endret sin praksis som følge av deltakelse i Tidlig Inn?

Har verktøyene blitt tatt i bruk i kommunene? Hvorfor/hvorfor ikke?

Har samtalemetodene blitt tatt i bruk i kommunene? Hvorfor/hvorfor ikke?

Har kommunene vært motivert til å endre sin praksis?

Hvordan har opplæringen blitt organisert? Flere kommuner på samme kurs? Ett kurs en kommune?

Har de ansatte fått økt handlingskompetanse i tidlig intervensjon?

Har de ansatte blitt tryggere på å snakke med foreldre og gravide om vanskelige tema?

Har kommunene etablert hensiktsmessige arenaer for bedre samhandling mellom tjenester?

Har Tidlig inn bidratt til bedre samarbeid? Hvordan?

Har det vært spesielle problemer med gjennomføringen av opplæringsprogrammet?

Hvordan har relasjonen til direktoratene vært?

Hvordan har den nasjonale arbeidsgruppen fungert?

Er det noe som burde vært gjort annerledes?

Er det noe du savner i opplæringsprogrammet?

Er det noe som du synes er viktig som jeg ikke har spurt om?

1.5 Intervjuguide Tidlig inn-kontakter i kommunene

Hvordan har din rolle vært i kommunens deltakelse i Tidlig Inn?

Har du selv deltatt på opplæringsprogrammet?

Når ble programmet gjennomført i din kommune?

Hvilke yrkesgrupper i kommunen har deltatt?

Er deltakelsen i Tidlig inn forankret i kommunens ledelse? Hvordan?

Har du et inntrykk av hva de som har deltatt synes om kursdagene og Tidlig inn som helhet?

Har de ansatte blitt tryggere med hensyn til å spørre om vanskelige tema? Hvordan?

Hvordan vurderer du nytten av opplæringsprogrammet? For ansatte? For kommunen?

Har kommunen også fått veiledning i etterkant? Hvordan har dette fungert?

Har du samarbeidet med et regionalt opplæringsteam? På hvilken måte? Nyttig? Vanskelig?

Har du samarbeidet med direktoratene? På hvilken måte? Nyttig? Vanskelig?

Har de ansatte kommunen systematisk tatt i bruk verktøyene og samtalemetodene? På hvilken måte? Hvorfor ikke?

Har Tidlig inn ført til bedre samarbeid på tvers av etater? Hvordan? Hvorfor ikke?

Har deltakelsen i Tidlig inn ført til endring i praksis i kommunen?

Hvordan har deltakelse i Tidlig inn bidratt til at kommunen bedre følger opp gravide/småbarnsforeldre med utfordringer?

Er det tverretatlige samarbeidet for tidlig intervensjon styrket som følge av Tidlig inn? Hvordan? På hvilken måte?

På hvilken måte er Tidlig inn nedfelt i kommunenes planer, rutiner og tverretatlige møtepunkter?

Hvordan er ditt inntrykk av brukernes opplevelser av å bli spurt på denne måten om sårbare tema?

Brukere med minoritetsbakgrunn er ofte en utfordring, hvordan mener du verkøyene/metodene fungerer overfor disse gruppene?

Er det noe du savner i opplæringsprogrammet? Noe tema som skulle vært med/utdypet?

Er det noe som du synes er viktig som jeg ikke har spurt om?

1.6 Spørreskjema til Tidlig inn-kontakter

Hvilken kommune representerer du? Hvis du representerer flere kommuner, skriv inn den du anser å ha ditt hovedvirke i. _____

Har kommunen innført rutiner for systematiske samtaler med gravide/småbarnsforeldre om

	Ja, for alle relevante yrkesutøvere	Ja, for noen relevante yrkesutøvere	Nei
vold i nære relasjoner?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
alkoholbruk i svangerskap og småbarnstid?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
nedstemthet og uro i svangerskap og småbarnstid?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

Hvis ja, har kommunen systematiske oppfølginger av rutiner som ble innført i etterkant av Tidlig inn?

- (1) Ikke i det hele tatt
- (2) I liten grad
- (3) I noen grad
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (6) Vet ikke

I etterkant av deltakelsen i Tidlig inn, i hvilken grad synes du kommunen har lagt til rette for økt tverretattlig samarbeid?

- (1) Ikke i det hele tatt
- (2) I liten grad
- (3) I noen grad
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (6) Vet ikke

Har deltakelsen i Tidlig inn ført til etablering av nye samarbeidsarenaer eller møteplasser (for eksempel mellom helsestasjon og barnevern eller jordmødre og fastleger)?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Hvis ja, har du noen kommentarer til hvordan kommunen har lagt til rette for samarbeid? (skriv inn)

Har kommunen innført veiledning til ansatte i implementering av innhold fra Tidlig inn?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Har kommunen blitt fulgt opp av opplæringsteamet i etterkant av deltakelsen i Tidlig inn?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Har du noen kommentarer til veiledningen eller oppfølgingen?

Hvilke verktøy/metoder har systematisk blitt innført i din kommune som følge av Tidlig inn?

	Ja	Nei	Vet ikke
Kartleggingsverktøyet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

	Ja	Nei	Vet ikke
Kartleggingsverktøyet TWEAK (Tolerance, Worries, Eye-opener, Amnesia og C(K)ut down)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>

Standardspørsmål til samtale om vold	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

Har elementer av motiverende intervju/samtale (MI) blitt innført i din kommune som følge av Tidlig inn?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

Har elementer av støttesamtale blitt innført i din kommune som følge av Tidlig inn?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

Er det noe ved opplæringen i Tidlig inn du ønsker å si noe om som ikke fremkom av spørsmålene vi har stilt?

Tusen takk for at du deltok!

1.7 Spørreskjema til ansatte

Når deltok du i opplæringsprogrammet Tidlig inn? (Skriv inn årstall, f.eks "2012". Hvis du ikke husker, kan feltet stå åpent)_____

Hvilke dager i opplæringsprogrammet Tidlig inn har du deltatt på?

- (1) Alle dager
 (2) Dag 1 Introduksjon og dialog om sårbare tema
 (3) Dag 2 Alkohol og graviditet
 (4) Dag 3 Psykiske reaksjoner i svangerskap og barseltid
 (5) Dag 4 Vold, konsekvenser av vold og kartlegging av vold
 (6) Dag 5 Samarbeid rundt alvorlig og kompleks problematikk
 (7) Dag 6 Kommunens erfaringer og det videre samarbeidet
 (8) Husker ikke

Ta stilling til følgende påstander om læringsutbytte av Tidlig inn:

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/noytral
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om nedstemthet og uro	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om alkoholbruk	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg har fått bedre kompetanse i å samtale med gravide/småbarnsforeldre om vold i familien	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg mer kompetent til å samtale med gravide/småbarnsforeldre med innvandrerbakgrunn	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg mer kompetent til å utføre mine arbeidsoppgaver	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg har fått bedre innsikt i de juridiske rammene for samarbeid på tvers av enheter	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg har fått økt kunnskap om tiltakskjeden i egen kommune når det gjelder gravide/småbarnsforeldre	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Ta stilling til følgende påstander om din daglige praksis etter deltakelse i Tidlig inn:

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/noytral
Jeg oppdager oftere tegn på nedstemthet og uro	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg oppdager oftere tegn på alkoholmisbruk	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg oppdager oftere tegn på vold i familien	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Jeg henviser oftere brukere til relevante hjelpeinstanser	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/noytral
Jeg samarbeider oftere med andre ansatte	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Som følge av Tidlig inn, i hvilken grad har du tatt i bruk nye rutiner for samtaler med gravide/småbarnsforeldre om

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
nedstemthet og uro?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
alkoholbruk?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
vold i familien?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

I samtaler med gravide/småbarnsforeldre i hvilken grad bruker du

	Ikke i det hele tatt/i liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke/ikke relevant
innholdet i kartleggingsverktøyet EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) når temaet er nedstemthet og uro?	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
innholdet i kartleggingsverktøyet TWEAK (Tolerance, Worries, Eye-opener, Amnesia og C(K)ut down) når temaet er alkoholbruk?	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
standardspørsmål til samtale om vold (når relevant)?	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
elementer av samtalemetoden motiverende intervju?	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
elementer av samtalemetoden støttesamtale?	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Etter gjennomføringen av Tidlig inn skal kjernemålgruppen i programmet (helsesøstre, jordmødre og fastleger) veiledes i blant annet bruk av kartleggingsverktøy og metoder for samtaler.

Har du deltatt i veiledningen?

- (3) Nei
 (1) Ja, i mindre enn 1 år
 (2) Ja, mellom 1 og 2 år
 (5) Ja, i 2 år eller mer
 (4) Husker ikke

Ta stilling til følgende påstander om veiledningen

	Helt uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke/noytral	Har ikke deltatt
Veiledningen har gjort meg tryggere i å samtale om psykisk helse med gravide/småbarnsforeldre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Veiledningen har gjort meg tryggere i å samtale om vold med gravide/småbarnsforeldre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Veiledningen har gjort meg tryggere i å samtale om alkoholbruk med gravide/småbarnsforeldre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Hvordan opplever du at foreldre/gravide synes det er å bli spurt om

	Negativt	Litt negativt	Noe positivt	Veldig positivt	Vet ikke
alkoholbruk i svangerskap og småbarnstid?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
nedstemthet og uro i svangerskap og småbarnstid?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
vold i familien?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

I hvilken grad har Tidlig inn vært til hjelp for deg i ditt daglige arbeid?

- (1) Ikke i det hele tatt
- (2) I liten grad
- (3) I noen grad
- (4) I stor grad
- (5) I svært stor grad
- (6) Vet ikke/Har ikke deltatt

Samlet sett, i hvilken grad har opplæringen i Tidlig inn bevisstgjort deg om din rolle i det forebyggende arbeidet med alkoholbruk, vold og psykiske vansker?

- (1) Ikke i det hele tatt/ i liten grad
- (2) I noen grad
- (3) I stor grad
- (4) I svært stor grad
- (5) Vet ikke

Her kommer noen spørsmål om din bakgrunn. Dette vil ikke presenteres på en måte som gjør det mulig å spore dine svar tilbake til deg.

Hva er ditt yrke?

- (1) Jordmor
- (2) Helsesøster
- (3) Lege
- (4) Sosionom
- (5) Barnevernspedagog
- (6) Barne- og ungdomsarbeider
- (7) Barnehagelærer
- (8) Lærer
- (9) Psykolog
- (10) Psykiatrisk sykepleier
- (11) Annet

Hvis annet, hvilke yrke? _____

Hvor lenge har du praktisert ditt yrke?

- (1) 5 år eller mindre
- (2) 6-10 år
- (3) 11-15 år
- (4) 16-24 år
- (5) 25 år eller mer

Har du de siste fem år deltatt i annen opplæring/kurs som tar opp tilsvarende tema?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Hvilken kommune arbeider du i? (Skriv inn kommune) _____

I hvilken del av kommunen arbeider du?

- (1) Helsestasjon
- (2) Fastlegekontor
- (3) Administrasjonen
- (4) Barnevern
- (5) Barnehage
- (6) Skole
- (7) NAV
- (8) Psykisk helsetjeneste
- (9) Annet

Er du kvinne eller mann?

- (1) Kvinne
- (2) Mann

Er det noe annet ved opplæringen i Tidlig inn du ønsker å si noe om som ikke fremkom av spørsmålene vi har stilt? _____

Tusen takk for din besvarelse!

1.8 Spørreskjema til brukere

Hvorfor var du på helsestasjonen?

- (1) Svangerskapskontroll
- (2) Helseundersøkelse med barn

Hvis du svarte svangerskapskontroll: Hvor mange uker gravid er du? _____

Hvis du svarte helseundersøkelse med barn: Hvilken kontroll var du på?

- (1) 0-2 uker
 - (2) 2-4 uker
 - (3) 6 uker
 - (4) 3 måneder
 - (5) 4 måneder
 - (6) 5 måneder
 - (7) 6 måneder
 - (8) 7-8 måneder
 - (9) 10 måneder
 - (10) 11-12 måneder
 - (11) 15 måneder
 - (12) 17-18 måneder
 - (13) 2 års undersøkelsen
 - (14) 4 års undersøkelsen
- Snakket dere om alkohol?
- (1) Ja
 - (2) Nei
 - (3) Vet ikke

Hvis ja på spørsmål 4: Ble det benyttet skjema i denne samtalen?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Hvis ja på spørsmål 4: Hvordan synes du det var å bli spurt av helsepersonell om alkohol?

- (1) Negativt
- (2) Noe negativt
- (3) Litt positivt
- (4) Positivt
- (5) Vet ikke/ikke relevant

Snakket dere om nedstemthet og uro?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Hvis ja på spørsmål 7: Ble det benyttet skjema i denne samtalen?

- (1) Ja
- (2) Nei
- (3) Vet ikke

Hvis ja på spørsmål 7: Hvordan synes du det var å bli spurt av helsepersonell om nedstemthet og uro?

- (1) Negativt
- (2) Noe negativt
- (3) Litt positivt
- (4) Positivt
- (5) Vet ikke/ikke relevant

Snakket dere om vold i familien?

- (1) Ja
(2) Nei
(3) Vet ikke

Hvis ja på spørsmål 10: Hvordan synes du det var å bli spurt av helsepersonell om vold?

- (1) Negativt
(2) Noe negativt
(3) Litt positivt
(4) Positivt
(5) Vet ikke/ikke relevant

Vi ønsker å vite litt om din opplevelse av samtalen du hadde med jordmor, helsesøster eller lege. Vennligst besvar følgende spørsmål:

	Ikke i det hele tatt/I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke/ Ikke relevant
Fikk du informasjon som var relevant for deg?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Var samtalen til hjelp for deg i din situasjon?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Hadde du påvirkning på temaene som ble tatt opp i samtalen?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Ble dine tanker og meninger vektlagt i samtalen?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Fikk du tillit til personen?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Opplevde du samtalen som nyttig?	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

I sin helhet hvordan opplevde du samtalen med jordmor, helsesøster eller lege?

- (1) Negativ
(2) Noe negativ
(3) Litt positiv
(4) Positiv
(5) Ikke relevant

Hva er din alder? _____

Er du mann eller kvinne?

- (1) Kvinne
(2) Mann

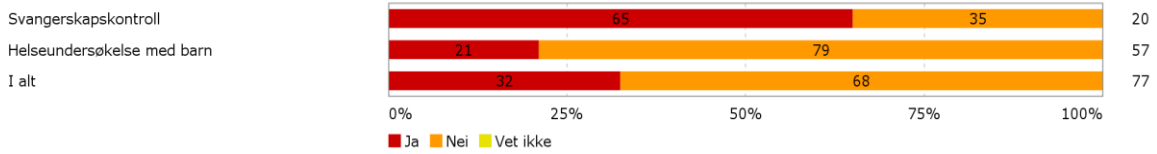
Hva er din nasjonalitet? _____

Høyeste fullførte utdanning

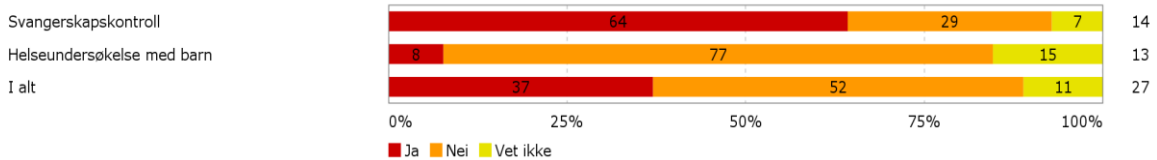
- (1) Ingen
(2) Grunnskole
(3) Videregående opplæring
(4) Utdanning på høyskole eller universitetsnivå

Hvilken kommune bor du i? _____

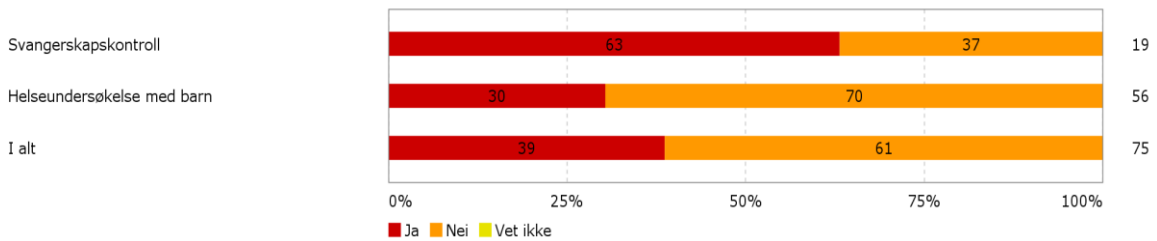
1.9 Analyser fra spørreskjema til brukerne



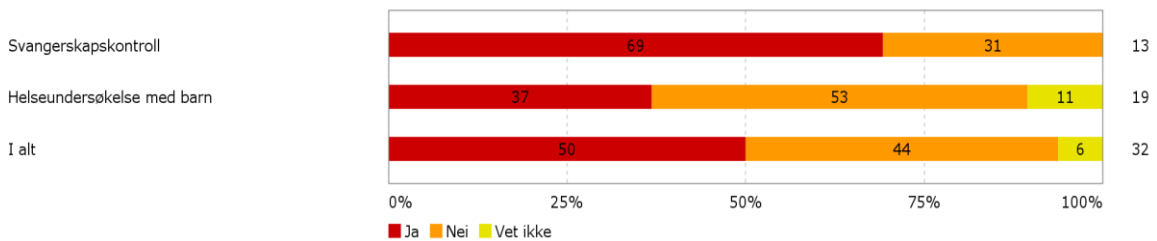
Figur 3 Snakket dere om alkohol? Krysset med: Hvorfor var du på helsestasjonen?



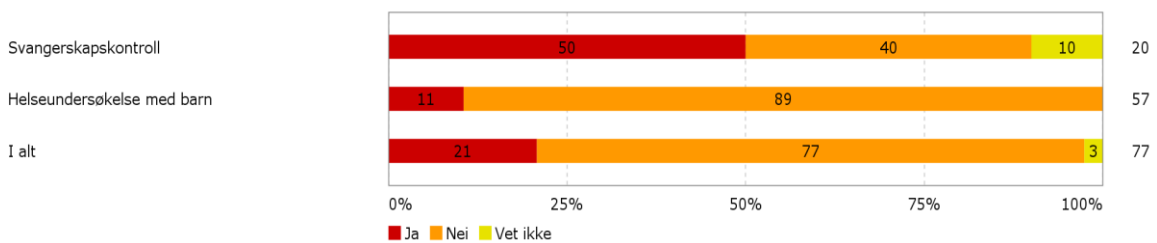
Figur 4 Hvis ja på spørsmål 4: Ble det benyttet skjema i denne samtalen? Krysset med: Hvorfor var du på helsestasjonen?



Figur 5 Snakket dere om nedstemthet og uro? Krysset med: Hvorfor var du på helsestasjonen?



Figur 6 Hvis ja på spørsmål 7: Ble det benyttet skjema i denne samtalen? Krysset med: Hvorfor var du på helsestasjonen?



Figur 7 Snakket dere om vold i familien? Krysset med: Hvorfor var du på helsestasjonen?



International Research
Institute of Stavanger

Rapport IRIS -2016/054
ISBN: 978-82-490-0872-8

Main Office:

PO Box 8046,
NO-4068 Stavanger, Norway
Telephone: (+47) 51 87 50 00
Telefax: (+47) 51 87 52 00

Visiting address Stavanger:
Prof. Olav Hanssens vei 15

Office Bergen:

Thormøhlens gate 55,
NO-5008 Bergen, Norway
Telephone: (+47) 55 54 38 50
Telefax: (+47) 55 54 38 60

General mail address:
firmapost@iris.no

Office Mekjarvik:

Mekjarvik 12,
NO-4070 Randaberg, Norway
Telephone: (+47) 51 87 55 00
Telefax: (+47) 51 87 55 30

Enterprise No.:
NO 988 944 459 MVA

www.iris.no