

Bruker Spør Bruker Evaluering

Familieambulatoriet

Helse Nord-Trøndelag

Brukere og samarbeidspartnerens  
erfaringer.



**KBT Midt-Norge**

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling

Dagfinn Bjørgen og Heidi Westerlund

---

**Innholdsfortegnelse:**

Om rapporten: .....	2
Om Familieambulatoriet (FA), Helse Nord-Trøndelag.....	3
Problemstilling for evalueringen: .....	4
Metode, utvalg og gjennomføring: .....	5
Bruker Spør Bruker: .....	5
Intervjuer for undersøkelsen: .....	6
Utvalg: .....	7
Dialogbasert metode:.....	8
Analyse av intervjuene: .....	9
Hovedfunn: .....	10
Hva er virksomt i FA tilbudet?.....	10
Brukernes erfaringer:.....	10
Å bli møtt på en god måte. ....	10
Forebygging av større problemer: .....	10
Oppsummert: .....	11
Kommunerepresentantenes oppfatning om FA sitt bidrag i familier:.....	11
Hva består hjelpen fra FA i?.....	12
Rådgiving: .....	12
Praktisk bistand: .....	12
Samtaler:.....	13
Oppsøkende funksjon: .....	13
Mellomledd til andre tjenester: .....	13
Kompetanse på svangerskap og psykisk helse:.....	14
Familieambulatoriets funksjon for kommuner: .....	15
Tillit og fagkompetanse:.....	15
Barnevernsvurderinger: .....	15
Brukere: .....	15
Kommunerepresentantenes vurderinger:.....	16
Organisering av FA -tilbudet: .....	16
Brukerperspektivet på organisering: .....	17
Åpenhet om egne problemer: .....	17
Kommunerepresentantens synspunkter på organisering: .....	17
FA s tilgjengelighet og lavterskelfunksjon: .....	18
Kommunerepresentantenes erfaringer:.....	18
Samhandling/samarbeid: .....	19
Henvising og avslutning av kontakt med FA:.....	19
Kommunenes grunnlag for henvising til Familieambulatoriet: .....	19
Avslutning av kontakten med FA – overføring til kommunen: .....	20
Hvilke alternativer ser kommunene til FA tilbudet?.....	21
Dårlig utbygd tilbud: .....	21
Ressurser og kompetansebehov: .....	22
Konklusjoner og KBT Midt-Norges anbefalinger: .....	23
Referanser: .....	25
Vedlegg 1 – Intervjuguider: .....	26
Intervjuguide brukere familieambulatoriet: .....	26
Intervjuguide Familieambulatoriet – Samarbeidspartnere .....	30

## Om rapporten:

Følgende er en rapport fra Bruker Spør Bruker undersøkelsen for utviklingsprosjektet Familieambulatoriet, gjennomført høsten 2011 og våren 2012.

Vi takker Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag for muligheten til å bli kjent med et viktig og nyskapende tilbud for en målgruppe som ofte blir underprioritert.

Familieambulatoriets ansatte, først og fremst ved prosjektleder Tone Haugan og Unni Kristiansen i Namsos har lagt godt til rette for undersøkelsen i utforming og gjennomføring.

Vi takker for et godt samarbeid!

Vi takker også dere vi fikk intervjuer for gode diskusjoner om tilbudet deres. Vi håper vi har vært i stand til å formidle erfaringene på en god måte.

Trondheim, 21.03.2012.

Dagfinn Bjørgen

Heidi Westerlund.

KBT-Midt-Norge [www.kbtmidt.no](http://www.kbtmidt.no)

## Om Familieambulatoriet (FA), Helse Nord-Trøndelag.

Familieambulatoriet (FA) er organisert som et utviklingsprosjekt i helseforebyggende arbeid, med bakgrunn i en dansk modell, Familieambulatoriet i København (Olofsson 2005).

Foruten at modellen er under utprøving i Helse Nord-Trøndelag, utvikles den i Asker og Bærum. Det er etablert to kliniske team i Nord-Trøndelag, et ved Sykehuset Namsos og et ved Sykehuset Levanger.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Helse Nord-Trøndelag og Helse- og omsorgsdepartementet. Visjonen for utviklingsprosjektet er uttrykt i Vikan, 2007:

*”Med basis i teamarbeid er det mulig å utvikle gode modeller for pasientnær oppfølging over et lengre tidsrom. Somatisk og psykiatrisk helsehjelp blir lettere tilgjengelig med Ambulatoriets virksomhet. Eksterne samarbeidsparter kan henvende seg direkte til Ambulatoriet på samme måte som brukere for råd, veiledning og samarbeid.”*

FA hadde oppstart av et spesialisert team i Namsos høsten 2007.

Teamene består av personer med ulike fagbakgrunn som arbeider sammen for å utvikle et helsetjenestetilbud som er mer tilgjengelig, enn dagens, for en bestemt målgruppe.

FA tilbyr forebyggende behandlingstilbud, omsorg og andre tiltak som kan være med å bedre situasjonen til den berørte familien. FA jobber i dag med familier som sammen med teamet får en ny start med et mål om å bli en familie med trygge rammer for å sikre en best mulig oppvekst for barnet.

FA er et lavterskeltilbud, som blant annet betyr:

- Gir direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Er tilgjengelig for alle
- Høy grad av brukerinvolvering og aksept for brukerens ønsker/behov

Brukermedvirkning er gjennomgående i arbeidet og beskrives gjennom noen sentrale begreper i internt notat (Vikan, 2007) i Helse Nord-Trøndelag. Begrepene er **tillit**, **familieperspektiv** og **lavterskeltilbud** som nevnes spesielt inn mot brukermedvirkning

*«Tillit og brukermedvirkning er veldig beslektede begrep. Du kommer veldig kort hvis du ikke greier å oppnå det underveis... Det er en slags grunnholdning i forhold til brukermedvirkning som man bærer med seg... Skal de få tillit til oss så må de stole på oss... Tankegangen i Familieambulatoriet er brukermedvirkning til gagns for der er jo hele familien med.»*

Det sies også:

*«Prosjektet handler om brukernes behov, brukernes virkelighetsoppfatning kan ikke overprøves. Brukeren er den som definerer hjelpebehovet. Brukerens skal lære oss hvordan vi skal jobbe med dem.*

*Brukermedvirkning er en grunnleggende verdi i det kliniske arbeidet og må sees i sammenheng med egen holdningsbearbeiding. Brukermedvirkning i praksis forutsetter åpenhet, dialog og empati for brukernes behov. Tillit fra bruker betinger hjelpers pålitelighet og redelighet. Målet er å få et så godt helhetsbilde som mulig for å få innsikt i brukernes situasjon. Det handler om sammen å finne en løsning som er god for familiene med barnet i fokus.(Vikan, 2010)»*

Tilbudet er en forsterket svangerskapsomsorg ved rus/psykiatriproblematikk hos mor og/eller far hvor fokuset er å sikre en god oppvekst for barnet. I rapporten er det pekt på at ulike risikofaktorer for barnet under svangerskapet kan være: Psykisk sårbarhet, bekymring hos mor og/eller far på bakgrunn av helseplager, eks angst, depresjon, somatiske helseplager som kan påvirke barnet under svangerskapet og psykososiale og sosioøkonomiske problemer.

### **Problemstilling for evalueringen:**

KBT Midt-Norge ([www.kbtmidt.no](http://www.kbtmidt.no)), har gjennom FOU avtale med Helse Midt-Norge RHF gjennomført en Bruker Spør Bruker undersøkelse for Familieambulatoriet, Helse Nord-Trøndelag. Bruker Spør Bruker er en dialogbasert evalueringmetode som til nå er anvendt innen helse og oppfølgingstjenester for rus og psykiske helseproblemer.

Formålet med denne pilotundersøkelsen har vært å prøve ut BSB i foretaket ovenfor andre målgrupper enn kun den med psykiske helseproblemer. Et viktig mål for prosjektet har vært å bidra med evaluering og beskrivelse av FA sin funksjon for brukere og samarbeidspartnere.

I Bruker Spør Bruker Familieambulatoriet har vi hatt som mål å:

1. Evaluere nytten av Familieambulatoriet for brukere og samarbeidspartnere.
2. Prøve ut metoden Bruker Spør Bruker på et forebyggings- og behandlingstiltak innen helsetjenester.

Problemstillinger for evalueringen er utarbeidet i et samarbeid mellom KBT og Familieambulatoriets prosjektledelse, og har tatt utgangspunkt i følgende hovedtema:

1. Hvilken funksjon har tilbudet for brukere/familier som er tilknyttet FA?

2. Hvilke erfaringer har brukerne av FA med det tilbudet de får. Hva virker? Hvilken funksjon har det i å gi støtte og hjelp i det å være familie og foreldre? Har familielivet blitt bedre med tilbudet de har fått fra ambulatoriet?
3. Opplever brukerne av FA innflytelse og medvirkning i eget tilbud?
4. Hvilken motivasjon har brukere og samarbeidspartnere for å delta i prosjektet? Forventinger og nytte av arbeidsmetodene i FA for begge grupper.
5. Ved avslutning av tilbudet – hvordan ser brukerne for seg fremtiden etter at tilbudet er avsluttet? Hvilke tilbud trenger de? Hvordan vil familiesituasjonen endres?
6. Hvordan bidrar det til et bedre tilbud for brukeren i andre instanser (samhandling)?
7. Har kommuner og samarbeidspartnere i helseforetaket kjennskap til Familieambulatoriet? Hva er viktig i denne samarbeidsrelasjonen?

Det ble utarbeidet intervjuguider på bakgrunn av disse hovedtemaene. En intervjuguide ble formulert for bruk i intervjuer med brukerne, en annen for intervjuene med samarbeidspartnere i kommuner.

## **Metode, utvalg og gjennomføring:**

### ***Bruker Spør Bruker:***

Evalueringsmetoden ”Bruker Spør Bruker (BSB)” ([www.bruckererfaring.no](http://www.bruckererfaring.no)) har blitt utviklet og gjennomført i norsk psykisk helsetjeneste siden 1998 (Bjørngen D and Westerlund H, 2009). BSB brukes til å evaluere en tjeneste fra brukernes perspektiv og gjennomføres av utdannede prosessledere fra BSB.

Metoden består av følgende trinn:

1. Det utarbeides problemstillinger for evaluering i samarbeid med tjenesten og tjenesten legger til rette for undersøkelsen ved forankring i egen organisasjon og praktisk tilrettelegging inkludert rekruttering av deltakere.
2. Det gjennomføres gruppe- og individuelle intervjuer med brukere om deres erfaringer med tjenesten.
3. Analysen av dette materialet presenteres i en prosessrapport som brukes i en dialogkonferanse hvor tjenesterepresentanter og brukere invitert av tjenesten møtes for å diskutere og validere de foreløpige funnene. Samtidig er dialogkonferansen en fortsettelse av datainnsamlingen ved at nye vinklinger og fokus som kommer frem innarbeides i sluttrapporten.

4. Sluttrapporten, som består av oppsummerende tekst og illustrerende sitater, er en omforent beskrivelse av hvordan tjenesten oppleves.

For en gjennomgang av historikk og tekning bak metoden Bruker Spør Bruker, se [www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no)

### ***Intervjuer for undersøkelsen:***

Intervjuene for undersøkelsen i Familieambulatoriet ble gjennomført i november 2011, med respondenter fra brukere og samarbeidspartnere til teamene i Levanger og Namsos.

Deltagere til intervjuene ble rekruttert av ansatte i de to teamene. Det ble sendt ut en generell invitasjon om deltagelse til alle brukere av tjenestene og det ble formidlet kontakt med de som samtykket/ønsket å delta. Disse ble meldt til KBT for avtale om intervju.

Intervjuene ble gjennomført som gruppeintervju og en-til-en-samtaler i lokaler ved sykehuset Levanger og Namsos og som telefonintervjuer. Intervjuene ble tapet og transkribert direkte og i et muntlig språk.

Å lytte til andres erfaringer gir assosiasjoner til episoder brukerne kan benytte for å illustrere sin opplevelse av tjenestetilbudet. Samtalen i intervjuet kan også ha den effekt at den bevisstgjør brukerne på forholdet mellom dem og tjenesteyter.

I intervjuene legges det vekt på deltakerne skal komme til orde og få formidlet egne erfaringer med tjenestene. At flere brukere med ulike erfaringer med det samme tjenestetilbudet møtes kan virke forløsende.

Det er helt avgjørende element i BSB-metoden at det er brukere som selv har erfaring med problemstillingene som har tilegnet seg kompetanse i metoden som gjennomfører intervjuene (Krugger & Casey 2000, Wibeck 2000, Wilkinson 1998), og engasjeres til å intervju en tjenestes brukere om deres erfaringer og opplevelser av kvalitet.

Deltakerne i en fokusgruppe er svært forskjellige selv om de har felles erfaringer med tjenesten. For intervjuer/-møteleder er det en stor utfordring å både ivareta enkeltdeltakere og samtidig ikke bli for styrende i intervjusituasjonen. For deltakerne er det av stor betydning at det er brukere, som selv har erfaring med psykisk sykdom, som gjennomfører intervjuene.

Dette er begrunnelsen for at metoden omtales som ”Bruker Spør Bruker”.

Intervjuene har hatt en åpen form, hvor deltakernes egne opplevelser og oppfatninger av hvilke tilbud som har vært viktige for dem har vært førende for gangen i intervjuene.

KBT har intervjuet 14 brukere av tjenesten og 10 samarbeidspartnere til teamene i Namsos og Levanger. I tillegg er en egen skrevet historie fra en bruker inkludert i datagrunnlaget. Heidi Westerlund og Dagfinn Bjørgen fra KBT gjennomførte intervjuene.

## **Utvalg:**

Alle brukere av FA teamene fikk invitasjon til å delta i undersøkelse/intervju. Utvalget brukere består av personer som har sagt seg villige til å bli kontaktet av KBT og som vi nådde med henvendelsen.

Vi kan peke på følgende trekk ved utvalget brukere:

- De fleste respondentene er enslige mødre med lite relevant nettverk i forhold til sin situasjon med små barn.
- Få er førstegangsfødende og de fleste har kommet i kontakt med teamene på grunn av dårlige erfaringer ved tidligere fødsler.
- De fleste har samtidig tilbud i kommune og er utenfor arbeidslivet.

Mødrene vi har snakket med oppgir et stort behov for å kunne bli selvstendig og at de har store vanskeligheter med å be om hjelp. Det å ha en oppsøkende tjeneste er derfor av stor betydning. Det har ikke lyktes å rekruttere familiefedre som har selvstendig tilbud fra FA-teamene til denne undersøkelsen.

Teamene i nord (Namsos) og sør (Levanger) skiller seg fra hverandre i at opptaksområdene er ulike geografisk. Det er rekruttert samarbeidspartnere til undersøkelsen fra små og store kommuner i ulik geografisk avstand til sykehusene.

Respondentene som er samarbeidspartnere har tilknytning til kommunehelsetjenesten, noen både kommunehelsetjeneste og helseforetak. Noen har lederansvar innenfor sine tjenester, de fleste er utøvende og har konkrete erfaringer med samarbeid og kontakt med FA og er rekruttert ut fra at de har den tettteste kontakten med FA i sitt arbeid. Alle respondenter er kvinner.



## **Dialogbasert metode:**

I Bruker Spør Bruker blir resultatene fra intervjuer grunnlag for dialogbaserte møter såkalte ”dialogkonferanser”.

Dialogkonferanse er et møte mellom tjenesteutøvere, brukere/pasienter og andre med henblikk på å utdype innsikten om hvordan tjenestene fungerer og oppnå felles virkelighetsforståelse av styrke, svakheter og potensial for mulige forbedringer.

Opprinnelig ble dialogkonferanser som metode utviklet og anvendt som et verktøy innenfor medvirkningsbasert organisasjonsutvikling. Metoden ble brukt i Norge for første gang ved Arbeidsforskningsinstituttet i Oslo (Gustavsven 1995).

Ulike former for dialogkonferanser har i de senere år vært anvendt på mange områder i forbindelse med iverksetting og gjennomføring av reformer og utviklingsprosjekter innen så vel næringsliv som offentlig sektor (Hauger 2000).

Felles for alle dialogkonferanser er at de er sammensatt av sesjoner, dvs. dialoger, på ulike nivåer blant deltakerne i løpet av konferansen, blant annet veksling mellom plenum og gruppedialoger. For øvrig er det en viktig del av konseptet at det er en prosessleder som leder konferansen, dvs. en person som har erfaring med, forstår prosessen og har overblikk over situasjonen som dialogkonferansen er en del av.

I dialogkonferansene i regi av Bruker Spør Bruker diskuteres også mulige tiltak som følge av undersøkelsen, samt det som har kommet frem på konferansen. Konferansen oppsummeres og evalueres. Konferansene bidrar, som nevnt nedenfor, til validering av resultatene så langt i prosessen. Samtidig som de gir input til nye vinklinger og fokus, nye funn og til videre analyser. En dialogkonferanse er også en viktig observasjonsarena ved at det blir mulig å betrakte samhandlingen mellom aktørene på konferansen. (Levin & Kleiv 2002).

Dialogkonferansen knyttet til evaluering av Familieambulatoriet ble arrangert 23. januar 2012, på Stiklestad Nasjonale kultursenter. 25 deltakere var til stede i konferansen, sammen med Familieambulatoriets ansatte og teamet fra KBT Midt-Norge.

Her ble den foreløpige prosessrapporten presentert og sentrale funn ble drøftet.

Konferansen er delt i 4 sesjoner. Konferansen struktureres etter 3 hovedtema, **hva er viktige funn i undersøkelsen, hvilke tema savner du og hvordan går vi videre med undersøkelsen?**

Oppsummeringene fra konferansen blir sammen med intervjudataene grunnlag for utarbeidelse av den ferdige sluttrapporten for prosjektet.

## **Analyse av intervjuene:**

Intervjuerne oppsummerte skriftlig etter hver intervjubolk, som grunnlag for første kodeliste i analysen. Noen førsteinntrykk av funn ble diskutert med teamene intervjudagene.

2 transkripsjoner fra intervjuene ble deretter gjennomlest og kodet etter tema i intervjuguiden. Analysen bygger på prinsipper som ligger til grunn for tematisk innholdsanalyse.

Kodene ble diskutert i prosjektteamet ved KBT og en foreløpig kodeliste ble laget og prøvd ut på de resterende transkripsjonene. Resultatet av dette ble så diskutert, kodelisten justert og ny koding gjennomført på alle intervjuene.

Koding av transkripsjonene ble gjort ved hjelp av NVIVO databehandlingsprogram og deretter gjennomlest av intervjuerne på nytt. Til slutt ble funnene i hver kode (tema) sammenstilt og kondensert på de enkelte tema.

Til dialogkonferansen ble det utarbeidet en foreløpig rapport, basert på 1. analyse av transkripsjoner fra intervju og notater fra intervjuene. Denne rapporten ble behandlet av Familieambulatoriets prosjektledelse og styringsgruppe, før den ble presentert for deltagerne på dialogkonferansen.

Det ble tatt referat fra plenumsoppsummeringer i konferansen og sammen med notater fra gruppearbeidene utgjør dette grunnlaget for den videre analysen for sluttrapporten.

## Hovedfunn:

I det følgende presenterer vi hovedfunn i intervjuundersøkelsen og dialogkonferansen og KBT sine konklusjoner anbefalinger.

## Hva er virksomt i FA tilbudet?

### *Brukernes erfaringer:*

#### **Å bli møtt på en god måte.**

Måten man blir møtt på er en viktig del av brukernes tilbakemeldinger på FAs funksjon for dem. Brukerne beskriver:

- At FA har åpenhet i forhold til hvilke bekymringer de har og kan snakke med dem om det som er problematisk i situasjonen er en forutsetning for å opprettholde et familieliv.
- At FA har tillit til egne evner og motivasjon oppgis som en avgjørende grunn til at man har/holder tilbudet.
- At det å bli trodd på egne evner og motivasjon for endring er den første forutsetningen for å ha en positiv innstilling til å ta i mot hjelp.

Å bygge opp selvtillit som mor og omsorgsperson gjennom å få tilbakemeldinger på at man er en god mor selv om man har vanskelige erfaringer/nervøsitet i svangerskap/fødsel og som omsorgsperson, synes å være en viktig del av det å styrke den enkelte familie.

### **Forebygging av større problemer:**

Forebyggingsaspektet er tydelig i brukernes tilbakemeldinger på hva som er virksomt i tilbudet. Flere av mødrene har erfaring med at tidligere svangerskap og fødsler har utløst sykdom hos mor.

Respondentene i vår undersøkelse er alle mødre med tidligere svangerskap og fødsler, hvor de ikke har hatt et tilsvarende tilbud som FA i den situasjonen.

Den samme hyppige kontakten og type oppfølging som man får under FA ville i følge brukerne ført til mindre sjanse for å få så store problemer.

Brukerne peker da særlig på at måten man blir møtt på i FA har hatt stort betydning for hvordan man har mestret situasjoner omkring svangerskap og fødsel. Dette knyttes til

opplevelse av at FA ikke bagatelliserer psykiske reaksjoner og bekymringer for seg selv og barnets helse når man forteller om dem.

Trygghet i forkant av fødsler knytter brukerne også til at FA lager plan i samarbeid med dem og rådgir løpende mht. bekymringer og helseproblemer som mor har.

### **Oppsummert:**

Brukerne peker på flere forhold som har gjort familielivet og oppvekst situasjon for barnet deres bedre gjennom kontakten med FA.

Å ha en samtalepartner og noen å diskutere praktiske løsninger i familielivet gir mor trygghet og fører til mindre stress i vanskelige situasjoner. Samtaler med FA avlaster også familie og nettverk som samtalepartner om vanskelige tanker og utfordringer.

### **Kommunerepresentantenes oppfatning om FA sitt bidrag i familier:**

Tjenesterepresentantenes oppfatninger om FAs bidrag i familier er basert på erfaringer fra felles saker de har med teamene.

FAs koordineringsfunksjon for nødvendige tjenester til familiene fremheves spesielt.

FA har ofte den tetteste og hyppigste kontakten med brukere og får naturlig en koordinatrorolle.

Samarbeidspartnere fremhever også at den forebyggende funksjonen FA har, henger sammen med veiledning i forhold til livsførsel, helse og bidrag til familienes oppfølging av avtaler i andre deler av tjenesten.

Bedret trygghet i forhold til svangerskap/fødsel og en større tillit fra familien i kontakt med barnevernstjenester er de viktigste effekter kommunenes representanter ser av FA tilbudet.

Kommunerepresentantene ser at FA har en viktig rådgivings- og veiledningsfunksjon for brukerne. Det resulterer i at foreldre blir tryggere på seg selv i familielivet og de tilbudene de trenger.

## **Hva består hjelpen fra FA i?**

FA tilbudet er et lavterskeltilbud, og brukerne peker på at det er viktig for dem å ha den hyppige kontakten om små og store utfordringer i hverdagen som forebygging for større problemer. Vi stilte brukerne spørsmål om hvilken hjelp som er den viktigste for dem i kontakten med FA.

De brukerne vi har intervjuet har alle hatt en tett og hyppig kontakt med teamene. Den viktigste bistanden er beskrevet til følgende:

### **Rådgiving:**

Personlig løpende rådgiving, hvor alle personlige problemer anerkjennes og egen oppfatning av disse ikke blir avvist.

### **Praktisk bistand:**

Brukerne nevner ulike former for praktisk bistand de har fått fra FA. Det er en oppfatning om at det er åpning for å ”spørre FA om hva det skal være”. Brukerne peker på at det er særlig viktig å kunne få barnevakt og avlastning i stell av barn for at de skal kunne være i stand til å komme seg fra for følge opp avtaler knyttet til behandling og oppfølging ved sykehus og i kommune.

FA får en koordinerende rolle i de familier de følger tettest. For brukeren er det at ringer andre tjenester, sjekker opplysninger og gir bistand i å forberede for søknader og lignende ofte av avgjørende betydning for å kunne følge opp egne saker for saksbehandling i andre instanser.

Det er gitt mulighet for at FA kan være med brukeren i møter med andre tjenester. Å ha med sin kontaktperson som autoritet og trygghetsperson nevnes som avgjørende for at brukeren skal kunne ti et riktig bilde av egen situasjon.

## **Samtaler:**

Personlige oppfatninger anerkjennes og samtalen foregår på en måte som gjør det lett å være åpen. En viktig del av det knyttes til at man ikke trenger å analysere hva som gikk/kan gå galt, men fokusere på det en får til/kan.

Den hyppige kontakten og at det er lav terskel for kontakt på telefon og SMS for korte avklaringer og støtte på selvtillit i omsorgssituasjonen pekes på som en viktig forutsetning for at man kan følge opp daglig omsorg for små barn i familien, uten å bryte av.

## **Oppsøkende funksjon:**

Å bli kontaktet av FA når man selv har problemer med å ta kontakt er å anerkjenne at en bruker kan ha vanskeligheter med å be om hjelp når man har dårlige erfaringer fra før eller en stolthet til å klare seg selv.

Bruk av SMS og telefon i kontakten er pekt på som viktig fordi man indre mulighet til å møte opp til avtaler utenfor hjemmet på grunn av omsorgsoppgaver for barn.

Det kan være vanskelig å ta telefonen/ringe når man sliter med vanskelige tanker og følelser og det at FA ikke krever at man skal svare på oppkall, men kan bruke SMS er en viktig del av opplevelse av å kunne velge selv.

Avtaler med FA hjemme hos seg selv er særlig viktig for småbarnsmødre som har eneansvar og vanskeligheter med å komme fra på grunn av det.

## **Mellomledd til andre tjenester:**

Når brukeren er innlagt på sykehus eller har tett kontakt med andre tjenester vil FA være et mellomledd for kontakt. Brukerne peker også på at det er viktig at FA kan løse problemer raskt ved hjelp av egen kompetanse, slik at det ikke er nødvendig å bli henvist til sykehusavdelinger eller kommune for bistand. Dette knyttes til at FA har mye informasjon om hvordan familiesituasjonen er og hva man har vært gjennom tidligere.

Brukerne beskriver at FA gjør evalueringer med dem etter vanskelig kontakt/samtaler med andre instanser. Dette beskrives som en gjennomgang av hva som skjedde i møtet og hva som ble sagt. Dette gjør at brukeren blir mer trygg på egen rolle i møtene. Brukeren får også noen å snakke med om hva som ble avtalt og avstemmer hva man kan forvente av oppfølging etter møtet.

## Kompetanse på svangerskap og psykisk helse:

Brukerne opplever at FA har mye kunnskap og kompetanse om deres situasjon. Dette gjelder for det første kompetanse på å svare på spørsmål om risiko ved svangerskap og fødsel og barnestell. Mange av mødrene vi har intervjuet sier at FA har en større kompetanse på psykisk helseproblemer, generelt og hvordan dette kan forsterkes ved svangerskap/fødsel andre deler av tjenesten, som eks helsestasjon, barselavdeling og jordmortjeneste.

## **Familieambulatoriets funksjon for kommuner:**

Kommunenes representanter har svart på hvordan FA bidrar i deres egen kommune sitt arbeid for målgruppen.

Hovedsakelig er tilbakemeldingene knyttet til at FA har et langsiktig tilbud til brukerne, noe som gir kommunen trygghet for at familier er ivaretatt etter av oppfølging fra barneverns og jordmortjeneste er avsluttet.

At FA har et ”voksenfokus”, dvs. tilbyr støtte og forsterkning som gjør at det lettere å få nødvendige helsetilbud til foreldrene.

## **Tillit og fagkompetanse:**

Kommunerepresentantene som samarbeider med FA i saker oppgir at de får større gjennomslag i kontakten med risikofamilier.

Først og fremst er dette knyttet til at de kommer inn med en tillit og en fagkompetanse i ansvarsgruppesammenhenger som kan tydeliggjøre hvilke utfordringer og muligheter den enkelte familie har. Det pekes også på at FA er på et hjelpenivå som er mer ufarlig enn barnevernstjenesten har mulighet til å være, slik at det blir lettere å få hjelp til barna i den biologiske familien.

FAs kompetanse bidrar også som forsterkning av kommunerepresentantenes evne til å se psykiske vansker/rusproblemer/ annen risiko. Det bidrar til at kommunekontakten får bedre dokumentasjon og rapporter for videre henvisning av barnet/familien, eks i BUP.

At FA letter tilgangen til slike tjenester, slik at det går kort tid fra man ber om det til man får omfattende nødvendig tilbud for brukerne er av stor betydning for samarbeidende tjenester.

## **Barnevernsvurderinger:**

### **Brukere:**

Flere av brukerne vi har intervjuet er i eller har vært i kontakt med barnevernstjenester. Det blir oppgitt at det er en trygghet å ha FA med i kontakten med barnvernstjenester.

Hovedsakelig knyttes tilbakemeldingene fra brukerne til at man ser på kontakten med barnevernet som personlig vanskelig og krevende.

Flere har uttrykt usikkerhet i forhold til hvor åpen man kan være i kontakten med barnevernet og hva man kan forvente av bistand i familien fra disse tjenestene



## **Kommunerepresentantenes vurderinger:**

Kommunerepresentantene peker på at det blir færre bekymringsmeldinger på den enkelte familie, når FA er inne i tilbudet.

Når FA har vurdert risiko i den enkelte familie, kan det imidlertid være en utfordring for barnevernstjenesten å få informasjon om hva og hvordan de har vurdert i den enkelte sak. Det er pekt på at dette er særlig viktig når bekymringen blir sendt i samarbeid med andre tjenester (som eks: helsesøster og jordmor)

Det er en bekymring for om FA gir familier de er i kontakt med for store forventinger til behandling av saker og tiltak i barnevernstjenesten. Som eksempel kan det søkes om konkrete tiltak uten at barnevernstjenesten har vurdert det på selvstendig grunnlag.

En fare er at brukere blir henvist til barnevernet med forventinger som barnevernstjenester vil ta en selvstendig vurdering på. Det vil si: FA kan gi brukere forventninger som kommunen kan komme til å endre.

Et spørsmål som er fremmet i evalueringen er knyttet til foreldrenes valg i situasjonen opp mot hensynet til barn i familien.

Er det bare foreldrene som skal velge hvilke tiltak familien skal ha og kan et for stort foreldrefokus føre til at familier velger bort viktige tiltak innen barnevern?

## **Organisering av FA -tilbudet:**

Et spørsmål som stilles i forhold til de fleste tilbud er hvordan det kan best organiseres.

FA sin kontakt med de kommunene brukerne bor i har vil naturlig nok være sentral for å gi dem et best mulig tilbud fra eller vil trenge i fremtiden.

Oppgavefordelingen mellom kommune og helseforetak er sentralt spørsmål når man skal gi et tilbud til den målgruppen FA har.

I evalueringen ble brukere stilt spørsmålet om de ville hatt det samme tilbudet som FA gir fra andre instanser. Kommunerepresentantene ble spurt om hvilke muligheter de ser for å organisere et lignende tilbud i sin egen kommune.

## ***Brukerperspektivet på organisering:***

### **Åpenhet om egne problemer:**

Særlig de respondentene som bor på mindre steder og i små kommuner peker på at man ville man vært redd for å møte kjentfolk i egen sak, dersom tilbudet hadde vært i kommunens regi. Flere gir også uttrykk for skepsis for å ha tilbudet fra kommunen sin, fordi de allerede er i konflikt med dem om egen sak.

Hovedsakelig er brukerne opptatt av hvor åpen man kan være om egne problemer i kontakten med barnevernet, og da er det ikke like lett å ha den samme tilliten til den delen av tjenestetilbudet sitt.

Respondentene i vår undersøkelse peker også på at de ikke er blitt møtt med den sammen kompetansen på psykisk helseproblemer som i FA ved helsestasjon og jordmortjeneste i egen kommune.

Når brukere opplever det vanskelig på grunn av dette, bidrar FA sin organisering ved sykehuset til at det blir lavere terskel for å be om hjelp fra et sentralt plassert sykehusstilbud enn i egen kommune.

## ***Kommunerepresentantens synspunkter på organisering:***

De fleste kommunerepresentantene oppgir at FA-modellen pr i dag ikke kan tilbys i egen kommune. Det første argumentet for dette er at kommunene ikke har den samme spesialkompetansen som FA, spesielt i små kommuner.

Det er to hovedgrunner kommunerepresentantene oppgir som en utfordring knyttet til organiseringen av lignende tilbud i egen kommune.

1. Mindre kommuner har ikke ressurser og kapasitet til å gi det samme omfattende tilbudet som FA gir brukerne.
2. Tilbudet til målgruppen er forskjellig fra kommune til kommune.
3. De har ikke den samme muligheten til å dekke det store geografiske området som FA gjør i dag.

Det er en tydelig forskjell i hvordan representantene fra små og store kommuner seg på muligheten til å tilby det samme for FAs målgruppe.

De som jobber i store kommuner og kommuner som er under modellkommuneforsøket oppgir at de leverer eller kunne levert en lignende tjeneste.

De som jobber i små kommuner ser ikke at de har de samme ressursene og den samme kompetansen til å kunne tilby det samme innenfor de rammer som er i dag.

Med samhandlingsreformen er det i kommunene brukere skal ha det grunnleggende tilbudet

Dette viser at det er nødvendig for FA å definere den enkelte bruker sine behov tidlig i kontakten og ut fra hvilken kommune de bor i og hvilket tilbud som finnes der.

Det vil være helt nødvendig at FA etablerer en god kontakt med brukerens kommune, tidlig i forløpet, slik at man vet hvilke tilbud som finnes ved en overføring av ansvar eller hvilke nettverk man kan spille på i brukerens tilbud i kommunen.

Når FA utreder og definerer nødvendige tilbud i hjemkommunen for den enkelte bruker, vil det stilles forventninger til at dette kan oppfylles.

Her kan FA stilles i et dilemma med å unngå å forespeile brukerne noe som kommunene ikke kan levere ut fra omfang, kompetanse eller ressurser.

Du starter ofte med en motstand fra brukeren dersom hun/han ikke får det tilbudet man er forespeilet, var en av kommentarene i dialogkonferansen.

## **FA s tilgjengelighet og lavterskelfunksjon:**

### **Kommunerepresentantenes erfaringer:**

Kommunerepresentantene beskriver FA som godt tilgjengelig, mht hyppighet i kontakt og omfang på tilbudet for brukerne.

Dette på tross av det store geografiske området FA dekker i Nord-Trøndelag.

I vår undersøkelse er det hovedsakelig tilbakemeldinger på at det er lett å få kontakt med de som jobber i teamene raskt på telefon og mail.

Respondentene fra kommuner beskriver FA sin lavterskelfunksjon for dem ut fra følgende:

1. Andre spesialisthelsetjenester blir lettere tilgjengelige for kommunetjenester når teamene er inne i familier. Dette gjelder særlig BUP tilbud for barnet og VOP tilbud for de voksne i familien, men også tilbud fra andre avdelinger i helseforetaket.
2. Kommune blir ikke så avhengig av at fastlegen skal vurdere for henvisning til nødvendige tilbud i helseforetaket.

Det er pekt på at brukere kan gå direkte gjennom FA til eks VOP og BUP tilbud uten siling fra andre fagpersoner.

At teamene praktiserer lavterskel og har lett tilgang er av avgjørende betydning for brukernes tilgjengelighet, men også for at den enkelte familie skal kunne få et riktig tilbud. Dersom kommunene skulle hatt det samme tilbudet ville det vært et spørsmål om den samme tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester ville vært for dem.

Et spørsmål som har litt stilt i evalueringen er knyttet til FA sin oppsøkende funksjon ulike geografiske områder og likhet i tilbud.

- Har de kommunene som geografiske like god tilgang til tilbudet som de som ligger nært sykehuset?
- Har brukere som bor i nærheten av sykehuset et bedre tilbud enn de som bor nært?

Som eksempel: For teamet i Namsos krever det en hel dag i reisetid inn til brukere i kommunen Nærøy.

Når en bruker som bor langt fra sykehuset trenger mye oppfølging kan det være nødvendig å ha ukentlig oppfølging fra kommunen sin samtidig med tilbudet fra FA av hensyn til ressursbruk og reisetid.

## **Samhandling/samarbeid:**

### ***Henvisning og avslutning av kontakt med FA:***

Fra kommunene er det pekt på at FAs målgruppebeskrivelse ikke er tydelig. Dette handler om hvem som er FA sine brukere, hvem som får tett oppfølging og hvem som ikke får det. Det har betydning for om kommunen kan vurdere hvilke tiltak de må sette inn ovenfor den enkelte familie.

Tydelighet på kriterier for avslutning er viktig av hensyn til de kommuner som skal overta hele eller deler av ansvaret. Det andre hensynet er knyttet til å kunne være lavterskel nok i kontakten med brukerne.

### **Kommunenes grunnlag for henvisning til Familieambulatoriet:**

Et funn i undersøkelsen er at FA sin målgruppebeskrivelse kan være uklar for kommuner og andre avdelinger i helseforetaket. Det etterlyses at FA er tydelig på hvilke henvisningspunkter de har for forutsigbarheten til de andre instanser som er inne med tilbud i familiene.

Kommunerepresentantene legger stor vekt på tidlig oppdagelse og intervensjon når de oppgir hvilke grunner til henviser familier til FA for.

I vår undersøkelse er det en gjengs oppfatning om at FA teamene har mulighet til å gå inn tidligere i familier en de selv kan gjøre i kommunehelsetjenesten.

### **Avslutning av kontakten med FA – overføring til kommunen:**

I vår undersøkelse er det kommet frem en del spørsmål som det er grunn til å stille med FA tilbudet. Et av disse er spørsmålet om hva som skjer når FA avslutter sin oppfølging av familier.

Det etterlyses bedre informasjon om når den enkelte sak avsluttes i FA:

Det kan bety at FA må sette fokus på hvilke ressurser og kompetanse som må inn i familier tidlig i kontakten, og at dette er tydelig både for brukerne og deres hjemkommuner. Spørsmålene som må vurderes er:

- Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune handler ofte om felles tilgang til dokumentasjon. Kommunene kan ha vanskeligheter med å få ut nødvendig informasjon om brukerne i elektroniske arkiver i sykehuset.
- Tilsvarende kan FA ha et like stort behov for å få informasjon om hva som er gjort i den enkelte sak fra kommuner/andre instanser, f.eks hvilken kartlegging som er gjort av den enkelte familie.

Det kan være behov for å tydeliggjøre utfordringene mht. til taushetsplikt og samtykke/juridisk, som en forutsetning for utveksling av informasjon og samhandling mellom nivåene.

## **Hvilke alternativer ser kommunene til FA tilbudet?**

Vi har spurt kommunerepresentantene om hvilke alternativer de ser til FAs tilbud i dag.

I vår undersøkelse peker respondentene på at FA er et unikt tilbud, fordi de har mulighet til å være inne med tiltak for familier tidlig når det oppdages risiko.

Det er pekt på at den kommunale helse og oppfølgingstjenesten ofte ikke har mulighet til å gå inn før risikoen er så stor at det kan være grunnlag for omsorgsovertakelse.

Det henvises da også til at det kan være vanskelig for jordmortjeneste og helsestasjoner å være så tidlig inn i kritiske faser i sine kontroller som FA kan.

Dette gjelder både i eget tjenestetilbud og andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Det er også pekt på at kommunenes i dag ikke har den samme muligheten for tilgang til å henvise brukere til utredning og behandling i spesialisthelsetjenester(BUP/VOP/BUFETAT) som FA har.

## **Dårlig utbygd tilbud:**

De tilbudene som kunne erstattet FA tilbudet for målgruppen i kommunene er pr i dag dårlig utbygd

I vår undersøkelse har hovedargumentene som er fremført for dagens organisering av FA vært:

1. FA dekker i dag mange små kommuner. Små kommuner har færre saker i målgruppe, og har ikke den samme muligheten til å opparbeide seg den samme spisskompetanse som FA får gjennom å ha mange saker.
2. Kontakten med brukerens fastlege er ofte utydelig i de risikofamilier som får FA tilbud, fordi det i små kommuner er lite kontinuitet i legestillinger. FA blir mer tilgjengelig.
3. Kommunens personell har mindre oversikt over aktuelle tilbud i foretaket, som kan være et alternativ til FA.

Familieambulatoriet fremstår som det viktigste tilbudet for de familier de er inne i. At FA bidrar til en tettere kontakt med spesialisthelsetjenesten synes å være en viktig forutsetning for å kunne gi et fullgodt tilbud til den målgruppen brukere de har i dag.

## **Ressurser og kompetansebehov:**

Familieambulatoriet har ressurser, kompetanse og rammebetingelser som mange av kommunene i opptaksområdet ikke har.

Det synes også å være en høyere terskel for at de samme brukerne skal få den assistanse de trenger i kommunen på et så tidlig tidspunkt som de får i FA. Å være tidlig inne er en av forutsetningene for forebygging av problemer som kan oppstå i familiene i forbindelse med svangerskap og fødsel.

De av respondentene som tilhører kommuner under modellkommuneforsøket eller jobber i store kommuner peker på at det er en utfordring for oppgavefordeling mellom FA og dem fordi de har samme målgruppe og lignende tiltak.

De kommunene som selv har satset stort på utvikling av modeller for støtte til familier opplever at deres tilbud overlapper FA. For en liten kommune vil det være få saker innenfor den samme målgruppen som FA har og det gir lite grunnlag til å opparbeide seg den samme kompetansen

### **En av konklusjonene fra dialogkonferansen er en klar utfordring til FA om å vektlegge samarbeid og avtaler på systemnivå i tiden fremover:**

Det er et vellykket prosjekt, men hvordan oppfølgingen av familienes barn etter 6 årsperioden blir viktig å se på. Avtaler FA og Helse Nord-Trøndelag gjør opp mot kommunen blir viktig fremover, av hensyn til forutsigbarhet for brukerne, men også for de instanser som skal ta over ansvaret når brukerne ikke har FA tilbud lenger.

Formelle samarbeidsavtaler vil kunne gi alle parter i samarbeidet en bedre oversikt over om de hjelper de rette og at disse får den riktige hjelpen.

## Konklusjoner og KBT Midt-Norges anbefalinger:

FA prosjektet har høy måloppnåelse i forhold til brukermedvirkning. Det utøves høy grad av brukermedvirkning og dette bidrar sterkt til den tillit temaet har fått hos brukere.

Brukerne har formidlet utelukkende gode erfaringer med FA sin rolle vis a vis barnevernet og bidrar til å ufarliggjøre barnevernet.

Dette støttes av samarbeidspartnere i kommune som også erfarer at FA bidrar til at familiesituasjonen blir bedre, og man får færre bekymringsmeldinger.

Funksjonen til FA beskrives av brukerne, som opplever at det å ha en samtalepartner som tar deres virkelighetsbeskrivelse på alvor, og samtidig bidrar til å berolige og normalisere situasjoner, har stor betydning.

Like stor betydning har det for enslige mødre å få praktisk bistand slik at de kan evne å besøke offentlige kontorer. Dette kan være fra å være bisitter i møter og å gjennomgå hva som er sagt i etterkant, til pass av barnet for å kunne gå til kontorer. FA bidrar til at brukerne får benyttet lokalt tilbud i kommunen. Dette støttes av de kommunale samarbeidspartnere.

Det fremkommer her at kompetansen i svangerskapsomsorgen ikke i stor nok grad fanger opp mødre med psykiske helseproblemer og at Familieambulatoriet utgjør en positiv forskjell i kompetanse. Flere instanser som lege, jordmødre i kommunen har denne utfordringen. Dette understøttes av kommunenes egen erfaring med utfordring i å bygge kompetanse i små kommuner.

FA oppleves å gi unikt forebyggende tilbud. Det oppleves ikke stigmatiserende å bli henvist til FA fordi teamene er en del av svangerskapsomsorgen ved sykehuset. Dette er også et argument for organisering utenfor den kommune man bor i.

Samarbeidspartnerne oppgir at det ikke finnes tilbud som i dag dekker FA sin forebyggende rolle i kommunene. Med unntak av større kommunene som arbeider med å utvikle familieorientert behandling.

Kommunene og brukere opplever stor nytte i å ha et team som letter tilgangen til spesialisthelsetjenester.

FA bidrar til å forebygge gjennom å styrke mødrenes egenomsorg og omsorgsansvar ovenfor barnet. Motivasjonen hos kommunen til bruk av FA ligger i at FA kan gi en tettere oppfølging tidlig i svangerskapet..

I samarbeidet med kommunale tjenester som barnevernet blir det pekt på flere forbedringsområder.

- Kommunikasjonen og prosedyrene knyttet til bekymringsmeldinger til barnevernet kan forbedres i forhold til tydelighet på hvilken vurdering som ligger bak.



- Det er en informasjonsutfordring å trygge samarbeidspartnere på at FA ivaretar et tilstrekkelig barnefokus.
- FA bør utvikle tettere samarbeid med kommunene om hva kommunen kan gi av tilbud til den enkelte bruker for å unngå for store forventninger på forhånd.
- Brukerne opplever ikke dette som et problem, og hva man etterspør og hva som er nødvendig informasjon kan det være delte meninger om. Dette berører taushetsplikten og hvordan denne praktiseres vis a vis brukerne og hos samarbeidspartnerne. Dette ble særlig presisert i dialogkonferansen.
- Kommunene savner bedre rutiner for varsling av at samarbeid opphører og hva som er målgruppen til FA. Kommunene savner generelt mer deling av informasjon.

Det er en fare for «konkurrans» om brukere i kommuner som selv har ambisjon om å levere samme tilbud og FA sitt tilbud.

Det bør iverksettes bedre avklaringer av hvordan tilbudene kan utfylle hverandre, slik at man får etablert pragmatiske løsninger som ivaretar brukernes behov som i denne evalueringen kan synes å gå utover de løsninger kommunen har mulighet til å tilby/ sette i verk.

Det er en utfordring for FA hvordan far og evt. andre familiemedlemmer skal bli mer inne i den praktiske hverdag i teamene.

Det synes som det er mødrene alene som kommer i fokus, og det behøves mer undersøkelser for finne ut om bakgrunnen for dette ligger i metodetilnærmingen eller andre forhold.

I denne evalueringen har hovedargumentene for dagens organisering av FA vært:

- Brukerne fremhever sterkere at FA sin lavterskel henger sammen med at tilbudet er organisert utenfor kommunen med hensyn til anonymitet, tidligere konflikter og svangerskapskunnskap.
- Kontakten med brukerens fastlege er ofte utydelig i de risikofamilier som får FA-tilbud
- FA gir tilbud som er forebyggende og som er lett tilgjengelig fordi man er organisert utenfor barnevernstjeneste gir mindre stigma. En klar fordel er at man ikke møter naboen tidlig i kontakten.

## Referanser:

Mål for samhandlingsreformen, Helsedirektoratet 27.11.2011

<http://www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/Sider/default.aspx>

Hauger, Bjørn (2000): "Dialogkonferanse som metode i det rusmiddelforebyggende arbeid". Skien: Borgestadklinikken.

Ghodse, A. Hamid & Galea, Susanna. Families of People with Drug Abuse. In families and Mental Disorders, Ed. Sartorius, Norman et al 2005

Gustavsen, Bjørn (1995): "Workplace Reform and Democratic Dialog". I O. Eikeland & H.D. Finsrud (eds.) Research in Action/Forskning og Handling. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Kreuger, R.& Casey (2000). Focus Groups. 3rd edition. A practical guide for applied research. Thousand Oaks, Sage Publication

Wibeck, V (2000). Fokusgrupper – om fokuserende gruppeintervju som undersøkingsmetode. Lund: Studentlitteratur, Sverige

## Vedlegg 1 – Intervjuguider:

<b>Intervjuguide brukere familieambulatoriet:</b>	
	Hvor lenge har du /dere brukt familieambulatoriet
<b>Generelt:</b>	Enslig med barn eller sammen med far.
	Hvordan opplever du bistanden fra familieambulatoriet har fungert for deg?
Familieambulatoriet skal være et lavterskeltiltak – har tilbudet ført til lettere tilgjengelighet til tjenesten for brukerne?	Hvordan ble kontakten med familieambulatoriet opprettet? Hvem henviste?  Hva er bakgrunnen for at du fikk tilbud fra familieambulatoriet.
	Hva gjorde at du takket ja til tilbudet?
	Hva forskjellen ved denne fødselen i forhold til tidligere (hvis andregangsfødende)
<b>Funksjon i familielivet:</b>	Har familielivet endret seg etter bistand fra familieambulatoriet
	Hva bidrar familieambulatoriet med helt konkret for deg?
<b>Mellommannsfunksjon:</b>	Hvordan opplever du samarbeidet mellom familieambulatoriet og andre tjenester?
	Har familieambulatoriet gitt deg bistand i forhold til NAV Barnevern Annet
	Hva mener du selv å ha hatt behov for? s
	Har du selv vært med på å utforme og bestemme hva du har behov for av hjelp?  Og hvordan denne ble utformet?
	Hvordan opplever du forholdet ditt til barnevernet og familie ambulatoriet?
	Hva bør familieambulatoriet forbedre seg på?
	Hvordan har far blitt involvert i kontakten med

BSB evaluering Familieambulatoriet, Helse Nord-Trøndelag 2012

	familieambulatoriet?
	Opplever du familieambulatoriet som trygt å forholde seg til?
	Hvordan ser du for deg at tilbudet ditt skal være etter at du har avsluttet tilbudet ved fam.amb?
	Hva mener du selv har vært virksomt med hjelpen
Forholdet til barnevernstjenester. Hjelpetiltak vs. kontrolltiltak. Det bør stilles spørsmål til både brukere og samarbeidspartnere om dette.	
Særlig når det er kommet bekymring på familien. ”Mellommannsfunksjonen”	-
Særlig spørsmål om forholdet til NAV – mellommann og forhandler for brukerne mht. rettigheter og ytelser.	-
<b>Arbeidsmetoder:</b>	
Hvordan klarer vi å skape trygghet, tillit og tilgjengelighet (relasjonsarbeid)	○
Fenomenologisk tilnærming – brukeren sin livsverden. Forståelse og helhet. Brukerens egen beskrivelse. ”Vi definerer ikke”	○ esl
Brukernes teorier om endring ”Lions of change”	○

○ Resilience og forebygging.	○
○ Kognitiv trening og terapi. Ut fra egen historie.	○
○ Metoder fra motiverende intervju.	○
○ De små tingene – oppmerksomhet og kontaktbarhet. SMS praksis.	○
○ Hjemmebesøk – hjemmet som arbeidsplass. Godt å komme.	○
Omsorg, selvtillit og bekreftelse.	
Foreldre – som har erfaringer som ”barn av” retrospektivt – hvordan ville jeg blitt sett denne gangen – hva skal man se etter i barn som står i fare for å...	
Fedre – hvordan gjør tilbudet dem i stand til å være fedre? Noen har besøksforbud, hvordan jobbe med forholdet til barnemoren.	

Veien videre:	

## Intervjuguide Familieambulatoriet – Samarbeidspartnere

KBT Midt-Norge, 31. oktober 2011.

<b>Innledning:</b>		
	Info. Samarbeidspart	
Kort om respondentene.	Jobbsted  Funksjon  Hvor lenge arbeidet i denne funksjonen  Hvor lenge arbeidet i kommunen.	
	Erfaringer fra samarbeidet med Familieambulatoriet, familieambulatoriet sett fra deres ståsted?	
	Hva bidrar familie ambulatoriet til?	
	Hvilken rolle har du hatt i forhold til saker familieambulatoriet har jobbet med?	
	Har du henvist til og hvordan opplever du henvisningene blir mottatt?	
	Hvordan opplever dere brukermedvirkningen blir ivaretatt?	
	Kan du beskrive hvordan samarbeidet mellom kommunen og familieambulatoriet i praksis gjøres?	
	Hvilket utbytte opplever dere at brukerne har av bistanden fra familieambulatoriet?	
	Hvordan avklarer dere brukerens eventuelle forhold til barnevernet?	
	Oppleveres det å være lavterskel	
	Oppleveres familieambulatoriet å være fleksibelt med hensyn til innsats og arbeidsform?	
	Er tilbudet tilgjengelig til de du mener har et behov	
	Hva legger du til grunn for henvisning til familieambulatoriet?	
	Er familieambulatoriet en ressurs for kommunen?	
	Hvordan kan familieambulatoriet forbedres?	
	Hvilke alternativer har dere til familieambulatoriet?	