

Denne modellen viser sentrale knagger for arbeidet med samhandlingsmodellen BTI.

Rusfag nr. 1–2016



Av: Vegard A. Schancke,
Linda Johnsen og Bente Høiseth,
KoRus – Nord/Tromsø kommune

Det er et overordnet mål å sikre tjenester og tiltak med god kvalitet som treffer kommunenes og befolkningens behov. Hvordan kan vi innen rusfeltet bidra til dette? Hva innebærer det når statlige myndigheter og fagmiljøer anbefaler, krever og etterspør at tiltak skal implementeres som kunnskapsbasert praksis?

Iverksetting av kunnskapsbasert forebygging

- arbeid med Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) i Tromsø kommune som «case»

Formålet med denne artikkelen er å presentere en implementeringsmodell med sentrale knagger for arbeidet. Uprøving av samhandlingsmodellen BTI (Bedre Tverrfaglig Innsats) i Tromsø kommune benyttes som eksempel. BTI er en samhandlingsmodell utviklet av Socialstyrelsen i Danmark i samarbeid med en rekke danske kommuner, regioner og organisasjoner. Modellen skal gi bedre tjenester til utsatte barn, unge og familier. Målsettingen med modellen er å kvalitetssikre helhetlig og koordinert innsats uten oppfølgingsbrudd, rettet mot utsatte barn,

unge og familier. Målgruppen er utsatte barn, unge og familier¹.

¹ I samarbeid mellom Helsedirektoratet og de regionale kompetansesentrene på rusområdet (KoRus) har utviklingen og tilpasningen av BTI til norske forhold pågått i 8 nøkkelkommuner fra 2012-2015. Tromsø er nøkkelkommune i region nord.

Arbeidet med BTI er forankret i den nasjonale tidlige intervensjonssatsningen på rusfeltet med veilederen, "Fra bekymring til handling" (IS 1742). Veilederen er utarbeidet i samarbeid med Utdanningsdirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Politidirektoratet. I løpet av 2015/2016 skal BTI-modellen være en tilgjengelig inspirasjonsmodell for alle landets kommuner.

Kunnskapsbasert praksis betyr at arbeidet som utøves baserer seg på ulike kunnskapskilder på en systematisk måte, og hovedingrediensene er:

Forskningsbasert kunnskap

- kunnskap basert på studier, kunnskapsoppsummeringer, evalueringer og relevant teori

Erfaringer fra praktisk arbeid

- kunnskap basert på erfaringer fra konkret og praktisk arbeid i kommunene

Brukernes kunnskaper, behov og utfordringer

- kunnskaper, utfordringer, problem, behov og ressurser hos målgruppene (Roland & Westgård m.fl. 2015, Ogden 2012).

Like viktig som et robust kunnskapsgrunnlag for de tiltakene vi iverksetter, er hvordan vi iverksetter eller implementerer tiltakene – altså hvordan vi går (den ofte lange) veien fra tiltaksbeskrivelse til konkret handling, og hvordan handlingene faktisk utføres eller virksomheten utøves (Baklien 2008). Dette leddet må være gjennomtenkt og hensiktsmessig for at vi skal kunne forvente gode resultater (Ogden 2012, Roland & Westgård m.fl. 2015). Tiltakene kan rett og slett aldri bli bedre enn måten utøverne faktisk gjør jobben, eller som en kollega noe spøkefullt uttrykte det: *Gi meg et hvilket som helst evidensbasert tiltak, jeg skal få det til å ikke virke på under 5 minutter...* U hensiktsmessige eller dårlig implementerte tiltak kan redusere positive resultater temmelig drastisk (Durlak & Dupre 2008). Implementeringsarbeid tar dessuten ofte lang tid, gjerne fra tre til fem år, dersom nye tiltak og arbeidsmåter skal innføres i en virksomhet (Fullan 2007). I kontrast til dette settes ofte statlige og kommunale rammer for ulike prosjekter til inntil tre år.

Figur:

Iverksetting av kunnskapsbasert praksis – en modell og et eksempel

Modellen skisserer fem sentrale områder som er vevd sammen i det vi kan omtale som konseptet om en kunnskapsbasert praksis. De fem områdene er:

- » Forskningsbasert kunnskap/ kunnskapsstøtte/ kompetanseheving
- » Forankring/plan/ledelsesstøtte
- » Brukererfaringer/«best practice»
- » Evaluering/læring/kontroll
- » Innsatsens kontekst, dvs. de sosiale og kulturelle sammenhengene innsatsen inngår i.

Forskningsbasert kunnskap og godt faglig skjønn



Et av hovedelementene i modellen kan vi omtale som forskningsbasert kunnskap, kunnskapsstøtte til målgruppene, systema-

tisk og målrettet kompetansestyrking og utøvelse av godt faglig skjønn.

Veien fra beskrivelser, manualer og ulike tiltaksmodeller til praktisk arbeid ute i kommunene kan som nevnt være lang og kronglete. Et første steg i dette arbeidet kan være å identifisere behov, krav, utfordring og problemområder på en systematisk måte. En god behovsanalyse er ifølge implementeringsforskningen en viktig forutsetning for å lykkes (Mihalic et al 2004; Larsen og Samdal 2012).

Kommunene skal ifølge den nye Folkehelseloven drive fram et oversiktsarbeid. Det er mange mulige kunnskapskilder til

et slikt arbeid. Folkehelseprofiler, Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA), lokal kartlegging med BrukerPlan, Ungdata og HKH (Hurtigkartlegging og handling) er velkjente bidrag til et lokalt oversiktsarbeid. I tillegg vil nasjonale og regionale tall og undersøkelser være viktige bidrag til helhetsbildet. I tråd med empowerment-tankegangen er det kanskje vel så viktig å kartlegge ressurser og muligheter i tråd med dette. Lokale undersøkelser, for eksempel elevundersøkelser ved en skole, kan være en viktig og nyttig informasjonskilde for dem som skal initiere og iverksette tiltak. Systematiserte beskrivelser fra ansatte i ulike virksomheter, for eksempel barnehager, skoler, helsestasjon og skolehelse-tjenester, er naturligvis også svært verdifull informasjon.

På mange felt har vi i tillegg god kunnskap om problemområder, risiko- og beskyttende faktorer, tiltak og ulike sammenhenger mellom fenomen (se f.eks. forebygging.no/kunnskapsoppsummeringer). Dette bør også være del av det samlede oversiktsbildet som danner grunnlag for valg av tiltak.

Innbakt i et første steg vil være å «matche» utfordringsbildet med relevante tiltak. Når en skal ta stilling til et aktuelt tiltak, kan et viktig kontrollspørsmål være: Hvilket kunnskapsgrunnlag bygger det identifiserte tiltaket på? Her kan det se ut til å glippe både på lokalt, kommunalt og statlig nivå i forhold til en del satsninger. Forankring i relevant forskning og teori er en sentral forutsetning for kunnskaps-

basert praksis (Ertesvåg 2015, Nordahl m.fl. 2005, Ogden 2012, Kvello 2015).

Mange kloke tanker er som kjent tenkt før. I mange tilfeller vil en finne tiltak og modeller som har vært underlagt forskning og evaluering, for eksempel fra de øvrige nordiske landene, som «matcher» de utfordringene en står overfor i norske kommuner.

Statlige tilsyn i Norge avdekket store utfordringer og

mangler i det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet rettet mot barn, unge og deres familier (Helsetilsynet 2008; 2012). Eksempler på funn fra Helsetilsynets omfattende arbeid var:

"... sikrer ikke tilstrekkelig samordning av tjenester til utsatte barn og unge"

"... styrer og kontrollerer ikke helsetjenesten, sosialtjenesten og barneverntjenesten slik at tjenestene til utsatte barn blir koordinert og rett hjelp blir gitt til rett tid"

"...har ikke systemer som sikrer tilstrekkelig samarbeid mellom skolehelsetjenesten, sosialtjenesten og barneverntjenesten" (Helsetilsynet 2008; 2012).

Eksempler på andre typer funn var:

- » *Regler knyttet til taushetsplikt, opplysningsplikt, samtykke etc. er flere steder ikke tilstrekkelig kjent blant ansatte i de tre tjenestene;*
- » *Helse- og sosialtjenesten melder ikke, eller melder sent, når det er grunn til bekymring for at barn lider alvorlig overlast;*

Statlige tilsyn i Norge avdekket store utfordringer og mangler i det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet rettet mot barn, unge og deres familier.

» *Kommunene har ikke rutiner for å følge med på meldinger til barnevernet fra andre offentlige etater (Helsetilsynet 2008, 2012).*

Søk i forhold til relevant forskning og modeller førte norske byråkrater og fagfolk til Danmark, nærmere bestemt til en modell under navnet *Bedre Tverrfaglig Innsats* (Socialstyrelsen 2012, Mehlbye 2013). Modellen «reiste» etter hvert til Norge, ble oversatt og er under utprøving i et utvalg kommuner, deriblant Tromsø kommune (Helgesen 2013, Kaurstad m.fl. 2015).

«I Tromsø kommune hadde vi lenge sett mange konkrete utfordringer med å få det tverrfaglige samarbeidet til å fungere optimalt for sårbare barn og unge... Modellen hadde en del konkrete verktøy vi vurderte som hensiktsmessige i vårt arbeid» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Eksempelet med å «importere» BTI fra Danmark illustrerer poenget med å «matche» utfordringsbildet med tiltak som er basert på forskning og evaluering.

Modeller og tiltak fra utlandet må nødvendigvis oversettes både språklig og til en viss grad «kulturelt». Sistnevnte betyr blant annet at modellene må tilpasses en norsk og lokal virkelighet, både i forhold til realiteter i praksisfeltet og naturligvis formaliteter i lovverket.

«I vår prosjektplan, var første fase å se på hva vi hadde fra før, så hadde vi en grundig gjennomgang av modellen og tilpasset

elementene til vår virkelighet. Neste steg ble så en utprøving i en pilot» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Iverksetting av forskningsbaserte tiltak vil i mange tilfeller forutsette ulike former for nye læringsprosesser for målgruppen (Roland 2015). En del tiltak har standardiserte opplegg for kompetansestøtte, mens andre tiltak krever ulike typer opplæring i bruk av modeller, verktøy, virkemidler osv. Poenget her er at iverksetting av nye kunnskapsbaserte tiltak forutsetter fokus på læringsprosesser og kompetansestyrking i praksisfeltet (Ogden 2015).

«For oss har det vært svært viktig med kompetansehevingdager, det at alle nøkkelpersoner i enhetene har fått delta på dette» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Et kvalifisert personale som systematisk mottar veiledning og fagstøtte er avgjørende for gode resultater, ifølge implementeringsforskningen (Mihalic et al 2004).

Utøvelse av godt faglig skjønn bygger blant annet på god og oppdatert oversikt over relevant forskning, god og oppdatert oversikt over relevante tiltak, innsatser og modeller, god evne og kapasitet til å kople faglig innsikt med brukernes behov og ønsker - slik at handlingene treffer målgruppene på en hensiktsmessig måte.

Forankring, plan og ledelsesstøtte

Et annet hovedelement i overnevnte modell er forutsetningen om forankring

For oss har det vært svært viktig med kompetansehevingdager, det at alle nøkkelpersoner i enhetene har fått delta på dette.



**Forankring/
plan- og
ledelsesstøtte**

av det aktuelle tiltaket i lokale og kommunale planer.

«Vi har hatt en omfattende prosess mot forankring..... en grundig prosess med forankringsarbeid var nok helt avgjørende for det politiske vedtaket om å satse på BTI i Tromsø kommune. Administrativt ble prosjektet og arbeidet forankret i Byrådsavdelingen for utdanning... I tillegg ble det etablert både styrings- og prosjektgruppe som var bredt sammensatt» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Forankring i overordnede planer og målsettinger er ifølge implementeringsforskningen en viktig suksessfaktor (Larsen og Samdal 2012; Mihalic et al 2004; Roland & Westergård 2015). Forankring i relevante planer innebærer både forpliktelser og oppmerksomhet, og bidrar til at satsningene kan overleve over tid i en travelt hverdag. Tiltak som ikke finnes i noen plan, blir rett og slett fort borte.

«Tromsø kommune hadde ikke en oppvekstplan eller andre planer/styringsdokumenter som pekte ut en retning for det tverrfaglige arbeidet med barn og unge. Derfor ble det politiske og administrative forankringsarbeidet svært viktig for oss» (prosjektleder BTI, Tromsø)


En nødvendig og svært sentral forutsetning for å lykkes med implementeringsarbeid er forankring i ledelsen (Midthassel 2015; Furunes & Ertesvåg 2015).

«Vi har jobbet med involvering og forankring både på system- og individnivå...

Lokale ledere og nøkkelpersoner er naturligvis avgjørende for å få til noe... noen har jo stilt spørsmålet «what's in it for me?» - da har det vært viktig å ha fokus på at vi har mye å bygge på, dette prosjektet tilbyr konkrete, praktiske verktøy og man vil delta i kompetansebygging rundt sårbare barn og unge i egen virksomhet.... Jeg tror alle ønsker å gjøre en best mulig jobb på dette området, men det har nok manglet litt på verktøy» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Lokale planer for BTI vil for eksempel være institusjoners virksomhetsplaner og årsplaner, samt relevant områdeplan i det kommunale planverket. Forankring i relevant planverk er avgjørende både for legitimitet og nødvendig kapasitetsbygging (Oterkiil 2015). Kanskje kan man si det så enkelt: Er ikke tiltaket forankret i lokalt planverk, kan en ikke forvente at tiltaket vil overleve lenge. Det samme gjelder forankring i ledelsen (Mihalic et al 2004; Larsen og Samdal 2012). Hensiktsmessig gjennomføring, kompetansestøtte og nødvendig vedlikeholdsarbeid krever støtte og oppmerksomhet fra lokal ledelse. Dersom slik støtte ikke er mobilisert, vil en nok i de fleste tilfeller erfare en rask tiltaksdød. Ildsjeler er viktige, men reell og løpende ledelsesstøtte er en avgjørende faktor for at tiltak overlever over tid.

Aktiv lytting til brukerne



**Brukererfaringer/
«best-practice»**

Brukererfaringer er et meget sentralt element i arbeidet med å iverksette kunnskapsbaserte tiltak. På et overordnet plan er brukerperspektivet sentralt i pågående folkehelsesatsning, i relevante stortings-

meldinger og for eksempel i den nye opptrappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet 2013; 2015). Brukernes stemmer skal høres og ha betydning for tiltak og tjenesteutøvelse (Helsedirektoratet 2014). På det lokale planet vil det være viktig å hensynte målgruppenes tilbakemeldinger og erfaringer. Dette skal i sin tur bygges inn i det løpende tilbudet til målgruppene for å sikre «best practice».

«BTI i Tromsø kommune bygger sammen mye av det vi har gjort før på en mer systematisk og forpliktende måte. De ulike elementene i metoden, gir ansatte bedre verktøy for å fange opp og følge opp sårbare barn og unge.... En viktig del av arbeidet har vært å utvikle et felles språk..... vi har også bedt om kritiske blikk og tatt inn løpende motstand, som det har vært en del av de ansattes erfaringer med verktøyene har vært en viktig rettesnor for oss i prosjektet...» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Brukermedvirkning er nok også en type holdning som forutsetter at de profesjonelle aktørene lærer seg å verdsette brukernes tilbakemeldinger (Ulland 2015; Frahm Jensen og Weber 2015; Habberstad 2015; Haugland, Trondsen, Gjesdahl og Bugge 2015). Dette handler mye om å lytte til behov og erfaringer fra brukere for så i neste omgang å tilby bedre tjenester med høy kvalitet. For brukergrupper som erfarer stigmatisering og utestengelse fra ulike samfunnsområder er dette særlig viktig (Ulland 2015).

«BTI bygger på en tidlig involvering og likeverdighet med foreldre og barn/ungdom. I utviklingen av vår BTI modell var det helt naturlig å involvere brukere for å

sikre en systematisk medvirkning i prosessen mot sluttresultatet. Tilbakemeldingene fra brukerorganisasjonene som har deltatt i arbeidet har blitt vektlagt i veldig stor grad, og har bidratt til at BTI i Tromsø har blitt den modellen den er i dag» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Læring og evaluering



Et viktig element ved kunnskapsbasert praksis er evaluering, læring og kontroll. Det er en forutsetning at kunnskapsbaserte tiltak tidvis

underlegges forskningsevalueringer. I slike evalueringer vil det være viktig å innhente både kunnskap om resultater av innsatsene, og inngående kunnskap om selve implementeringen. Slike resultater vil samlet kunne bidra til nødvendig forbedring og justering. I tillegg til forskningsevalueringer, vil det være viktig at de lokale aktørene systematisk kartlegger erfaringer med det aktuelle tiltaket. Loggføring av hendelser og erfaringer kan være nyttig i en slik sammenheng. Fagdager, ulike typer av arbeidsseminarer, møtesekvenser og veiledning er eksempler på virkemidler for å sikre løpende evaluering og læring (Roland og Westergård 2015).

«Når det gjelder observasjonsskjemaet, har vi lagt mye vekt på å øve ved hjelp av caser og videosnutter.... Og så må lederne etterspørre bruken hele tiden.... Møtestrukturen rundt det enkelte barn – med arbeidsmøter, samarbeidsmøter og ansvarsgruppemøter, er svært viktig... I tillegg er de etablerte ressursteamene - både lokalt, i den enkelte enhet og de utvidede

ressursteamene viktig for samarbeid, læring og kvalitet» (prosjektleder BTI, Tromsø – opprinnelig fra fagleder barnehage).

Kvalitetssikring og nødvendig kontroll kan ivaretas dels gjennom slike virkemidler, og dels gjennom ulike former for registrering og krav om deltakelse i interne læringsprosesser.

«I arbeidet med å implementere BTI i Tromsø har vi sett helt tydelig at BTI fremstår som et system som bidrar til kvalitetssikring av arbeidet vi gjør sammen med familiene. En tverrfaglig kommuneledelse må etter spørre og følge opp at dette arbeidet blir gjort» (prosjektleder BTI, Tromsø)

Forebygging i en faglig og lokal kontekst

Modellens siste hovedelement er konteksten for arbeidet. Fokus settes på den sosiale, kulturelle og lokale sammenhengen som det forebyggende arbeidet foregår innenfor. Det vil antakelig være nyttig å «tenke stort» om dette punktet ved å inkludere både fysiske og materielle forhold, hvilke arenaer som er i fokus, lokal kultur, tradisjon og kompetanse, samt hvilke arbeidsformer som utøves og hvilke tiltak som gjennomføres. De forebyggende innsatsene skjer alltid i en sosial og samfunnsmessig sammenheng. Utøvelse av dette arbeidet innebærer at mennesker gjør noe konkret i forhold til andre mennesker på et gitt tidspunkt, på et gitt sted, og i en gitt sammenheng. Vi er altså langt unna det sterile laboratoriet.

«BTI i Tromsø kommune er på mange måter kulturbygging.... vi har våre systemer, rutiner og forventninger....å gjøre ting på en ny måte krever blant annet at dette nye tilpasses den faktiske virkeligheten og uten at det mobiliseres engasjement og entusiasme, blir det vanskelig.» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Det er derfor alltid nødvendig å ta hensyn til den sammenhengen det forebyggende og helsefremmende arbeidet faktisk inngår i. Dette innebærer at lokal

tilpasning både er ønskelig og nødvendig.

Videre er rusmiddelforebyggende og helsefremmende arbeid gjerne ledd i et større og mer omfattende folkehelsearbeid (Helsedirektoratet 2014) rettet mot ulike problem- og levekårsområder. Her gjelder det også å tenke i sammenhenger – både faglig og praktisk. Forskning viser f.eks. at ulike problemområder som kriminalitet, vold, psykiske helseplager og rus ofte har røtter i utfordringer og vansker som er felles og starter tidlig i livsløpet (Moffitt 2006, Moffitt & Caspi 2001, Moffitt, Caspi, Dickson, Silva & Stanton 1996, Andreassen 2003, Sørlie 2000, Kjøbli 2012, Kvello 2007; 2015, Nordenbo m.fl. 2008, Ogdén 2015, Bjørgo 2015, Øverlien 2015). Dette innebærer blant annet at tidlig innsats rettet mot for eksempel skadelig rusmiddelbruk og avhengighet i stor grad må fokusere på risiko- og beskyttende faktorer, og i liten grad vil kunne rettes mot den atferden en vil forebygge (Ferrer-Wreder m.fl. 2005, Tolan m.fl. 2007, Nesvåg m.fl. 2007, Schancke & Johnsen 2010).

Forskning viser f.eks. at ulike problemområder som kriminalitet, vold, psykiske helseplager og rus ofte har røtter i utfordringer og vansker som er felles og starter tidlig i livsløpet.

«Du kan si at vi i vårt prosjekt har jaktet sammenhenger på flere plan...» (prosjektleder BTI, Tromsø).

Hensiktsmessig rusmiddelforebygging handler derfor i stor grad om å forebygge og håndtere disse utfordringene og vanskene så tidlig som mulig (Ogden 2015). På den andre siden innebærer dette innsatser som rettes mot de sosiale systemene mennesker er del av, og de rammer som omgir folk - det være seg familiene, barnehagene, skolene, arbeidsplassene, lokalsamfunnet, kommunene eller storsamfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet 2013; Dahl m.fl. 2014). Deler av denne tiltaksporteføljen vil være såkalte regulatoriske virkemidler. Innen rusfeltet handler dette om blant annet avgifter, rammer for skjenking og salg av alkohol, aldersgrense for kjøp av alkohol og regulering av alkoholreklame (Babor et al 2003; 2010a; 2010b; Rossow, Pape og Baklien 2010).

Implementeringsmodell – kjapt oppsummert

Implementeringsmodeller presenteres ofte som fase-modeller (Roland og Westgård (red.) 2015). Ovennevnte modell er kun ment som et supplement, og utelukker på ingen måte en slik tenkning. Fokus for denne modellen er hvilke sentrale elementer som bør og må være tilstede for å møte kravene om kunnskapsbasert praksis. Kort oppsummert kan vi si at kunnskapsbasert forebyggende praksis forutsetter følgende:

- » forskningsbasert kunnskap, dvs. at tiltakene som iverksettes har et solid kunnskapsgrunnlag;
- » ivaretagelse av brukernes erfaringer og perspektiver, og innarbeiding av disse perspektivene i det praktiske, konkrete arbeidet;

- » systematisk og løpende evaluering og læring, både gjennom forskning og i den daglige driften av tiltak;
- » forankring av tiltak i ledelse, lokale og kommunale planer;
- » kunnskapsstøtte og veiledning til dem som gjennomfører tiltak for å sikre «best practice» og hindre avdrift;
- » forståelse av at arbeidet er kontekstavhengig.

Om forfatterne:

Vegard A. Schancke er sosiolog/førstelektor/seniorrådgiver og jobber blant annet med forebygging.no ved KoRus – Nord.

Linda Johnsen er barnevernpedagog/master i sosialt arbeid/seniorrådgiver og jobber særlig med satsingen tidlig intervensjon ved KoRus – Nord.

Bente Høiseth er sosionom/rådgiver for tverrfaglig arbeid barn og unge i Tromsø kommune.

Referanser:

- Andreassen, T. (2003). Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen? Kommuneforlaget.
- Babor, Thomas et al (2010)a. Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy, second edition. Oxford University Press.
- Babor, Thomas et al (2010)b. Drug policy and the public good. Oxford University Press.
- Babor, Thomas et al (2003). Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Oxford University Press.
- Baklien, B. (2008). Iverksetting av forebyggende tiltak. Forebygging.no/skole.
- Bjørge, T. (2015). Forebygging av kriminalitet. Universitetsforlaget.
- Dahl, E. Bergsli, H. og Kjetil A. van der Wel (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Durlak, J.A. & Dupre E.P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*. June 41, (3-4) 327-50.
- Ferrer-Wreder, L. /H. Stattin /C.C. Lorente /J.G. Tubman /L. Adamson (2005). Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga. En forskningsöversikt. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete / IMS. Statens institusjonsstyrelse.
- Frahm Jensen, M.J. og Weber, A. (2015). Mellom barken og verden. Stilling: Erfaringskonsulent. I: Ulland D., Thorød A.B. og Ulland E. (red.) (2015). Psykisk Helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger. Universitetsforlaget.
- Furunes, M.I. og Ertesvåg, S.K. (2015). Ledelse, elevstøtte i skolen. I: Roland P. og Westgård E (2015). Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis. Universitetsforlaget.
- Ertesvåg, S. (2015). Praksis basert på forskning – en utopi? I: Roland P. og Westgård E (2015). Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis. Universitetsforlaget.
- Fullan, M. (2007). The new meaning of educational change. 4. utg. New York: Teachers College Press.
- Habberstad, T. Demokratiske tjenester. Den italienske erfaringen. I: Ulland m.fl. (2015). Psykisk Helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger.
- Haugland, B.S.M., Bugge K. Trondsen M. og Gjesdahl S. (red) (2015). Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende.
- Helgesen, M.K. (2013). Bedre Tverrfaglig Innsats. Følgeevaluering. NIBR-rapport 2013:23
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Prop. 15 S (2015-2016). Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020).
- Helsedirektoratet (2014). Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Rapport IS-2203.
- Helsetilsynet (2008). Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn. Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Rapport fra Helsetilsynet 5/2009.

Helsetilsynet (2012). Presentasjon/oppsummering av funn i landsomfattende tilsyn med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn i 2008. Fagsjef Jo Kittelsen, Statens Helsetilsyn, 27. august 2012.

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

Kjøbli, J. (2012). Atferdsvansker hos barn. Fagartikkel på forebygging.no.

Kvello, Ø. (2007). Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling. Universitetsforlaget.

Kvello, Ø. (2015). Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner. 2. utgave. Gyldendal Akademisk.

Larsen T. og Samdal O. (2012). Viktige forutsetninger for implementering av forebyggende innsatser i skolen. Fagartikkel på forebygging.no/skole.

Mehlbye, J. (2013). Opkvalifisering af den tidlige indsats – ved tidlig opsporing af børn i en socialt udsat position. Forskningsrapport. KORA: Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Midthassel, U.V. (2015). Skolelederes rolle og implementeringsprosessen. I: Roland P. og Westgård E (2015). Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis. Universitetsforlaget

Mihalic, S. (2004). The Importance of Implementation Fidelity. Emotional and Behavioral Disorders in Youth. Evidence-based Assessments. Interventions for the Real World. Volume 4, No 4.

Moffitt, T. E. & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399-424.

Moffitt, T. E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (2 ed., pp. 570-598). New Jersey: John Wiley & Sons.

Nesvåg, S. Backer-Grøndahl, A. Duckert, F. Enger, Ø. Huseby, G og Kraft, P. (2007). Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering. Rapport IRIS – 2007/021.

Nordahl, T., Sørtveit, M-A. Manger T. og Tveit A. (2005). Atferdsproblemer blant barn og unge. Teoretiske og praktiske tilnærminger. Fagboklaget.

Nordenbo, S.E. m.fl. (2008). Lærerkompetanser og elevers læring i førskole og skole. Et systematisk review utført for Kunnskapsdepartementet, Oslo. Dansk Clearinghouse for Uddannelsesforskning.

Ogden, T (2012). Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge. Gyldendal Akademisk.

Ogden, T. (2015). Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge. Gyldendal Akademisk.

Oterkiil, T.C. (2015). Kapasitetsbygging på ulike nivåer. I: Roland P. og Westgård E (2015). Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis. Universitetsforlaget

Roland P. og Westgård E (2015). Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis. Universitetsforlaget.

Rossov I, Pape H. og Baklien B. (2010). Tiltak for å begrense alkoholrelaterte skader og problemer. SI-RUS-Rapport nr. 5/2010. Statens institutt for rusmiddelforskning.

Schancke, V.A. (2005). Forebyggende og helsefremmende arbeid - fra forskning til praksis. En kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger. Rapport nr. 1/2005. Nordnorsk kompetansesenter – Rus, Nordlandsklinikken.

Schancke, V.A. (2012). Skolen – en viktig arena for forebyggende og helsefremmende arbeid. Forebygging.no/skole

Schancke V.A. & Johnsen L. (2010). Tidlig rusforebyggende intervensjon. Kunnskapsgrunnlag og implikasjoner for handling. Rapport 1/2010. Skriftserie fra KoRus-Nord, UNN HF.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer. Rapport 15-1455.

Socialstyrelsen (2012). Kortlægning af modeller for tværfaglig samarbejde - Afsluttende rapport, Januar 2012. Publikationsnr. 12-004.

Sørtlie, Mari-Anne (2000): Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen - en forskningsbasert kunnskapsstatus. Praxis Forlag. Oslo.

Tolan m.fl. (2007): Preventing Youth Substance Abuse. Science-Based Programs for Children and Adolescents. Washington DC: American Psychological Association.

Ulland D., Thorød A.B. og Ulland E. (red.) (2015). Psykisk Helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger. Universitetsforlaget.

Øvertien, C. (2015). Ungdom, vold og overgrep – skolen som forebygger. Universitetsforlaget.

