

**Forebygging av psykisk uhelse hos barn- og unge  
- et tverrfaglig samarbeid.**



University of  
Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet, UiS

Master i helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Constanse Leth Iversen, masterstudent

Veileder: Marianne Storm, Professor ved det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Stavanger

Dato: 31.08.2021

## **Forord og takk**

Masteroppgaven er gjennomført ved Universitetet i Stavanger, ved det helsevitenskapelige fakultet.

Det har vært en reise, og det har i perioder vært en krevende prosess å stå i. Jeg sitter likevel igjen med erfaringer som jeg aldri ville vært foruten. Jeg har utfordret meg selv og mine komfortsoner, og jeg har tilegnet meg ny kunnskap som vil være nyttig i fremtiden.

Jeg føler meg heldig som har fått fordypet meg i ett tema som jeg brenner for, og som er et svært dagsaktuelt tema.

Først vil jeg rette en stor takk til informantene som bidro til at jeg fikk gjennomført min studie. Uten dere hadde jeg ikke fått det til. Dere delte av deres egne erfaringer fra arbeidshverdagen, og satte av tid til meg.

Videre vil jeg takke min veileder, Marianne Storm, professor ved det helsevitenskapelige fakultet på Universitetet i Stavanger. Du har heiet på studien min, gitt meg motivasjon til å gjennomføre, og du har realitetsorientert meg når jeg har hatt behov for det. Jeg ville ikke vært foruten de gode diskusjonene, innspillene og kommentarene som du har kommet med. Jeg har lært mye av deg.

Jeg vil også rette en stor takk til min kjære venninne Veronica Børnes, en tålmodig sjel som har hjulpet meg godt på vei under hele prosessen. Du har vært min gode støttespiller, og har alltid vært tilgjengelig for mine undringer og frustrasjoner.

Til slutt vil jeg rette en takk til mine venner, familie, og kjæreste. Dere har oppmuntret meg, gitt meg ros, hatt tro på meg, og tatt godt vare på meg i prosessen. Takk for den gode støtten dere har vist!

Stavanger, 25.08.2021

Constanse Leth Iversen

## **Sammendrag**

I helse og sosial-sektoren møter man barn, ungdom og familier som har sammensatte utfordringer. Regjeringen har lagt føringer for at forebygging av psykisk uhelse hos barn og ungdom skal være ett satsningsområde, og legger føringer for at det bør være økt fokus på tverrfaglig samarbeid for å skape en helhetlig og god hjelp til de som har behov for det.

**Problemstillingen** i denne kvalitative studien er «Hvordan kan tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjon og barnevern bidra til å forebygge psykisk uhelse hos barn.»

**Hensikten** med studien er å bidra med økt kunnskap og forståelse av tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode for å forebygge psykisk uhelse hos barn- og ungdom. Det er ønskelig at studien skal kunne tilføre økt kunnskap ved å vise til erfaringer fra helsesykepleiere og barnevernansatte, da tverrfaglig samarbeid og forebygging er et sammensatt fagfelt som er dagsaktuelt.

**Metoden** i denne studien er kvalitativ, og jeg har benyttet meg av et eksplorerende design. Det ble gjennomført semistrukturerte individuelle intervju av 11 informanter, tilnærmet en lik fordeling av helsesykepleiere og barnevernansatte som arbeider med barn og ungdom i kommunen. Jeg benyttet meg av et strategisk utvalg, hvor informantene hadde visse kvalifikasjoner som var strategiske når det gjaldt å få belyst studiens problemstilling.

**Funn** som ble gjort i denne studien synliggjør at det er et økt behov for å satse på forebygging av psykisk uhelse hos barn og ungdom, men at det oppleves å være utfordringer knyttet til ressurser og kapasitet. Det ble videre gjort funn av at alle informantene opplevde tverrfaglig samarbeid som en god måte å arbeide helhetlig og målrettet på. Erfaringene var positive, samtidig som informantene var opptatt av at det var enkelte aspekter som var særlig viktige når det gjaldt å få til et godt tverrfaglig samarbeid. Det ble også pekt på viktigheten av at barn, ungdom og foreldre skulle medvirke til egen situasjon, og at de var viktige aktører inn i det tverrfaglige samarbeidet.

**Konklusjonen** i studien viser at informantene opplevde at tverrfaglig samarbeid var forebyggende på barn og ungdoms psykiske helse dersom de fikk til ett godt samarbeid, samt at de fikk bedre ressurser og kapasitet i sin arbeidshverdag. Konklusjonen synliggjør at forebygging av psykisk uhelse hos barn- og ungdom langt på vei er et satsningsområde, men at faktorer som ledelse, kompetanse, økonomi og medvirkning er noe som står i fokus.

# Innhold

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Helsepsykiatriens arbeid .....	8
1.3 Barneverntjenestens arbeid.....	9
1.4 Kort om lovverk .....	10
1.5 Kort om helse- og sosialpolitikk.....	11
1.6 Studiens hensikt og formål .....	12
1.7 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål .....	12
1.8 Forforståelse .....	13
1.9 Tidligere forskning .....	14
<b>2.0 Begrepsavklaring</b> .....	15
2.1 Psykisk helse .....	15
2.2 Psykiske plager.....	16
2.3 Tverrfaglig samarbeid .....	17
2.4 Forebygging.....	17
<b>3.0 Kunnskapsgrunnlag og kontekst</b> .....	17
3.1 Lovverk .....	17
3.1.1 Lov om folkehelsearbeid .....	18
3.1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven .....	18
3.1.3 Lov om helsepersonell.....	19
3.1.4 Lov om barneverntjenester .....	19
3.1.5 Taushetsplikt og opplysningsplikt.....	20
3.2 Helse- og sosialpolitikk .....	21
3.2.1 Samhandlingsreformen.....	21
3.2.2 Folkehelsemeldingen.....	22
3.2.3 Barnevernsreformen - den nye oppvekstreformen .....	24
<b>4.0 Metodekapittel</b> .....	24
4.1 Kvalitativ metode .....	24
4.2 Design.....	25
4.3 Intervju .....	26
4.4 Forskningsfelt.....	27
4.5 Utvalg og rekruttering .....	28
4.5.1 Utvalg.....	28
4.5.2 Rekruttering.....	29
4.6 Gjennomføring av intervju .....	31

4.7 Innsamling av data.....	32
4.8 Analyse.....	33
4.8.1 Helhetsinntrykk .....	33
4.8.2 Meningsdannende enheter .....	34
4.8.3 Abstrahere innholdet i de meningsbærende enheter .....	34
4.8.4 Sammenfatte betydningen .....	35
4.9 Validitet og reliabilitet.....	35
4.10 Forskningsetiske overveielser og vurderinger.....	36
<b>5.0 Teori.....</b>	<b>37</b>
5.1 Helse-determinanter og påvirkningsfaktorer for helse .....	37
5.2 Forebygging.....	39
5.3 Helsefremming .....	40
5.4 Familierettet forebyggende arbeid.....	43
5.5 Tverrfaglig samarbeid .....	44
5.6 Medvirkning i tverrprofesjonelt samarbeid .....	48
<b>6.0 Resultater .....</b>	<b>49</b>
6.1 «Forebygging er nyttig når vi får anledning til å arbeide slik vi kan og ønsker, men kapasitet og ressurser er en utfordring.».....	51
6.1.1 Informasjonsflyt mellom instanser som arbeider forebyggende .....	51
6.1.2 Vi opplever å ha god kompetanse, men lite ressurser som fører til at det er mer opp til den enkelte ansatte – det er ikke satt i system.....	52
6.1.3 Satsningen på forebygging av psykisk uhelse som vi blir forespeilet av kommunen kjennes ikke ut som en satsning i praksis – behovet for forebygging er økende.....	54
6.1.4 De fleste av barn, unge og deres foreldre ønsker hjelp på et lavest mulig nivå hvor det fortsatt er «ufarlig».....	55
6.2 «Felles mål, felles forståelse – det å være samkjørte er grunnleggende for godt tverrfaglig samarbeid» .....	55
6.2.1 Forberedelser og organisering av møtene – ønske om føringer på et systemnivå.....	56
6.2.2 Det er personavhengig hvordan møtene oppleves.....	58
6.2.3 Rolleavklaringer og forventninger en viktig forutsetning for gode tverrfaglige samarbeidsmøter.....	59
6.2.4 God kommunikasjon fremmer tverrfaglig samarbeid – det er ikke «jeg» men «vi» som skal hjelpe .....	60
6.3 «Familien og barnet i fokus – at de vet at vi er her for dem.».....	61
6.3.1 Det handler om å medvirke i egen situasjon – Hvem er det møtet er for .....	61
6.3.2 Tverrfaglige samarbeidsmøter – en kortere vei til hjelp for familien.....	62
6.3.3 Åpenhet og informasjon i de tverrfaglige samarbeidsmøtene kan være utfordrende sett i lys av taushetsplikten og manglende samtykke .....	62

<b>7.0 Diskusjon</b> .....	64
7.1 Kompetanse, forebygging og samarbeid .....	64
7.2 Det tverrfaglige samarbeidet – ett sammensatt og utfordrende felt.....	67
7.3 Familiens medvirkning i tverrfaglige samarbeidsmøter er en viktig forutsetning for å treffe barnet og ungdommens hjelpebehov .....	69
<b>8. Avslutning og konklusjon</b> .....	71
<b>9.0 Metodediskusjon</b> .....	73
9.1 Metodisk tilnærming .....	73
9.2 Utvalg .....	73
9.3 Analyse og validitet.....	74
<b>10. Studiens betydning for praksis</b> .....	75
<b>11. Forslag til videre forskning</b> .....	75
<b>12.0 Referanser</b> .....	77
<b>VEDLEGG 1) Forespørsel om deltakelse</b> .....	81
<b>VEDLEGG 2) Samtykkeerklæring</b> .....	86
<b>VEDLEGG 3) Intervjuguide</b> .....	87
<b>VEDLEGG 4) Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)</b> .....	89

## **1.0 Introduksjon**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Som helse- og sosialarbeider møter man flere barn og familier med sammensatte, og ulike utfordringer. Ved å se nærmere på det forebyggende arbeidet og hvordan det arbeides i kommunen med forebygging, samt ved å se nærmere på det tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode for å sikre «rett hjelp til rett tid», håper jeg denne studien vil kunne bidra med nyansert kunnskap inn i kommunene, særlig til de instanser som arbeider med voksne som har barn, eller til de som arbeider tett på barn og unge.

Jeg er selv utdannet sosionom ved Universitetet i Stavanger, og har i flere år arbeidet med barn i risiko- og sårbare situasjoner gjennom mitt arbeid i barneverntjenesten. Mitt arbeid har primært vært knyttet opp til kartlegging av barns omsorgssituasjoner, hvor «inngangen» har vært via en bekymringsmelding. I mitt arbeid har det vært en god del tverrfaglig samarbeid med ulike instanser, avhengig av familiens situasjon og utfordringer. I den senere tid har jeg arbeidet som mottak- og akuttberedskap (Barnevernvakten) for ulike kommuner.

Før jeg begynte mitt arbeid i barneverntjenesten, så arbeidet jeg i en bolig med beboere som har et omfattende rusmisbruk, og store psykiske lidelser som preger deres hverdag. Felles for mange av de jeg er har arbeidet tett med her, er at de gjennom mange år ikke var blitt «fanget opp» av det offentlige systemet på ett tidlig nok tidspunkt, samt at det i liten grad har vært fokus på det forebyggende arbeidet knyttet opp til psykisk helse. Mange av mine klienter hadde til felles at de kom i kontakt med hjelpeapparatene først når utfordringene kom tydelig og synlig til uttrykk, og at det derfor var for sent å iverksette forebyggende tiltak. I mange år, med etterpåklokskap og undring, har jeg lurt på om noen av de utfordringene kunne vært unngått dersom man på et tidligere tidspunkt hadde kommet inn, eller dersom det hadde vært en større satsing på forebyggende tiltak i kommunen.

I løpet av mine år i praksisfeltet, er det blitt tydeligere for meg at trygge og gode oppvekstvilkår, stabile og gode relasjoner til voksne, og tidlig innsats/hjelp er viktige faktorer som spiller inn når man ser nærmere på hva som er en god psykisk helse og utvikling. I tillegg er det min erfaring at tilgang på hjelp, tilstrekkelige ressurser, økonomi, og god tverrfaglig samhandling mellom instansene, er viktige faktorer for å forebygge psykiske vansker hos barn og unge.

Gjennom tverrfaglig samhandling har jeg opplevd at tillitt og relasjon mellom instansene styrkes, noe som jeg erfarer at er med på å gi personer bedre tilbud til riktig og nødvendig

hjelp. Likevel erfarer jeg at tverrfaglig samhandling har sine begrensninger, og at det er noen «ubrukte» muligheter. Ofte begrenses mulighetene av ulik tolkning av taushetsplikt mellom instanser, noen ganger begrenses det av tiden til den enkelte, og kapasiteten.

Min opplevelse er at man gjennom rolleavklaring, dialog og åpenhet, kan øke forståelsen for den enkelte personen sin unike situasjon. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan kommunen arbeider forebyggende, med hensikt på å forebygge psykiske vansker hos barn og unge, samt hvordan de opplever bruk av tverrfaglig samhandling som en arbeidsmetode.

Sett fra barnets perspektiver, er det viktig å sette inn forebyggende tiltak så tidlig som mulig. Her er flere instanser viktige, blant annet jordmortjenesten som følger opp under svangerskap, og helsestasjonstjenester som følger opp i tiden etter fødsel og frem til barnet blir større. Helsestasjonstjenester følger opp både barn og foreldre, og har anledning til å avdekke foreldre- og barn i risikogruppen tidlig ved å fange de opp tidlig (Mæland, 2016).

Selv om man kan si at helsestasjonstjenester har et særskilt forebyggende ansvar ved å gi generelle råd, støtte og veiledning, kan man også si at det særskilte ansvaret for å gi særlig hjelp til utsatte familier ligger hos barneverntjenesten og retter seg inn mot et annet lovverk. Barneverntjenesten er dog avhengig av å få en bekymringsmelding fra blant annet helsepersonell for å få informasjon om de familier som har særskilte behov for hjelp (Mæland, 2016).

## **1.2 Helsesykepleiernes arbeid**

Helsestasjonstjenesters ansvar innen helsefremmende og forebyggende tjenester står jamført i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og 3-3. Loven viser til at kommunen skal, og er pliktet til å søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Helsesykepleierne følger nasjonal faglig retningslinje fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017).

Arbeidshverdagen til en helsesykepleier er svært variert, og ved å ha flere treffpunkter og kontakt med en familie, vil helsestasjonstjenester være i en unik posisjon knyttet til å fange opp barn- og ungdom som er i risiko.

Helsestasjonstjenester trekkes i stor grad frem som en av de viktigste forebyggende instansene som er, hvor formålet er å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos barn og familier. Helsestasjonstjenester er en lovpålagt og gratis tjeneste som er lett tilgjengelig for



barnefamilier, og helsesykepleiere blir relativt godt kjent med familien gjennom tidlig kontakt, oppfølging i form av svangerskapskontroller, hjemmebesøk etter fødsel, og gir ett godt utgangspunkt og grunnlag for det forebyggende arbeidet. Helsesykepleiere er lært opp til å kartlegge familier og deres situasjon på ett tidlig tidspunkt, og utgjør med dette en del av kjernepersonellet i en forebygging og helsefremming når det gjelder barn, unge og deres foreldre. Helsesykepleiere er kommunens fulltids «forebyggere» (Major, Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud og Aarø, 2011).

Helsesykepleiere samarbeider med mange ulike instanser, hvor iblant barneverntjenesten er en av dem. Samarbeidet skal sikre at barn og unge fanges opp tidlig, og får nødvendig oppfølging i forhold til det de har behov for.

### **1.3 Barneverntjenestens arbeid**

Barneverntjenestens arbeid reguleres av lov om barneverntjenester av 1992. Formål med barnevernloven (1992) §1-1 er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Her er forebygging, og samhandling mellom helsestasjon og barnevern (tverrfaglighet), med sikte på å forebygge psykiske vansker hos barn svært viktig.

Barneverntjenesten er en instans som er avhengig av å få inn bekymringsmeldinger fra privatpersoner eller andre offentlige instanser. Når barneverntjenesten mottar en bekymringsmelding, er det barneverntjenesten sitt ansvar å foreta en vurdering ut ifra meldingen, om det er grunnlag for å iverksette undersøkelse, og videre om det er nødvendig å tilby eller iverksette ytterligere hjelpetiltak hos en familie. En offentlig instans som kan melde fra til barneverntjenesten, er eksempelvis helsestasjonstjenester.

Som saksbehandler i barneverntjenesten møter en familier med ulike og sammensatte behov. Faglig og personlig kunnskap og kompetanse er derfor svært viktig, i forhold til at det er en stor inngripen i privatlivet til barn- og familier som en er i kontakt med (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Arbeidshverdagen til en saksbehandler er varierende, hvor noen arbeidsoppgaver er god dokumentering, oppfølging av familier, møter og samtaler med andre instanser, innhenting av relevante opplysninger, samt deltakelse i ansvarsgruppemøte. Dersom det er nødvendig er også en saksbehandler i barneverntjenesten med som representant i Fylkesnemnda for helse- og sosialsaker.

Barneverntjenesten er primært de som har ansvaret for eventuelle hjelpetiltak som blir tilbudt eller iverksatt i familien. De har ansvar for tiltak som også har til hensikt å virke forebyggende for å avhjelpe de som har vanskelige oppvekstvilkår. Barneverntjenesten har ulike tilpassede hjelpetiltak, både de som er lite inngripende i forhold til avlastning eller økonomisk bistand til ferie eller barnehagedekning, men også de mer inngripende tiltakene hvor eksempelvis barn må plasseres utenfor hjemmet. De aller fleste hjelpetiltakene i hjemmet tar sikte på å forebygge eventuell skade i utviklingen hos barn- og unge (Major et.al, 2011).

#### **1.4 Kort om lovverk**

Folkehelseloven av 2011 (FHL) skriver i sin formålsparagraf § 1 «Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.» Videre lyder ordlyden i § 1 «Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid» (Folkehelseloven, 2011).

Helse og omsorgstjenesteloven (HOL) av 2011 har som formål å skape en mer helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Det står blant annet nevnt om kommunens ansvar for forebygging, men også at loven skal sikre kvalitet og samhandling jfr. HOL § 1-1.

Helsestasjonens ansvar innen helsefremmende og forebyggende tjenester står jamført i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og 3-3. Loven viser til at kommunen skal – og er pliktet til og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Videre står det om kommunens plikt til samhandling og samarbeid mellom ulike deltjenester innad i kommunen hvor dette er nødvendig jfr. HOL § 3-4.

Barneverntjenesten følger barnevernloven (BVL). Formål med loven §1-1 er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. Det er nettopp dette som er noe av denne oppgavens hensikt – å se nærmere på hvilken konkret hjelp barn får, og hva som er «i rett tid». Her er forebygging, og samhandling mellom helsestasjon og barnevern (tverrfaglig), med sikte på å forebygge psykiske vansker hos barn svært viktig.

I BVL § 3-1 står det at kommunen skal følge nøye med i de forhold som barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblem.

Barneverntjenesten skal særlig sørge for å avdekke omsorgssvikt, atferd, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås. Det står videre i BVL § 3-2 at barneverntjenesten skal medvirke til at barnets interesser også ivaretas av andre offentlige organer, samt samarbeide med andre sektorer når dette kan bidra til å løse oppgaver etter denne loven.

Både barnevernloven og helse- og omsorgstjenesteloven følger lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 1967 (jfr. FVL) i forhold til generelle saksbehandlingsregler som f.eks taushetsplikt FVL § 13. Videre følger helsepersonellet lov om helsepersonell. I lov om helsepersonell kapittel 6, jfr §33 står det beskrevet at helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikt melde fra til barneverntjenesten dersom forhold tilsier at ett barn kan bli skadelidende eller ha behov for hjelp etter BVL.

### **1.5 Kort om helse- og sosialpolitikk**

Ifølge samhandlingsreformen har den hver enkelt kommune ansvar for å sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging. I samhandlingsreformen nevnes blant annet samhandling som en viktig faktor. Med samhandling i forhold til helse- og omsorgstjenestene, betyr dette ofte i praksis at en viser evne til koordinering og oppgavefordeling seg imellom, skape bedre dialog og informasjonsflyt, samt at man samarbeider mot felles mål for å best mulig kunne gi den enkelte god hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Videre er det i 2019 vedtatt av Stortinget en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I folkehelsemeldingen kap. 2,3 står det skrevet: «Over 60 prosent av landets kommuner rapporterer at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet. Kommunene etterspør gode verktøy for å jobbe systematisk med å skape helsefremmende oppvekstmiljøer for alle barn og unge.» Videre skriver de: «Mange aktører og instanser møter og gir hjelp til barn og unge som har psykiske plager og lidelser. Barn og unge forteller at de møter fragmenterte tjenester som ikke snakker sammen og ikke evner å koordinere seg. Dette gjelder særlig barn og unge med sammensatte problemer med behov for langvarig oppfølging. Regelverket om individuell plan og koordinator, som er

nedfelt i flere lovverk, gir en felles standard for koordineringsprosessen med vekt på samarbeid om barnets og den unges egne mål. Det er et forbedringspotensial i bedre bruk av disse verktøyene.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, kap. 2,3.,s 10).

## **1.6 Studiens hensikt og formål**

Studiens hensikt er å gi økt kunnskap og forståelse av tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode i det forebyggende arbeidet innen psykisk uhelse hos barn. Jeg ønsker gjennom kvalitative intervju å undersøke hvilke erfaringer helsesykepleiere og barnevernansatte gjør seg ved å bruke tverrfaglig samarbeid.

Jeg ønsker at min studie skal kunne tilføre, og gi ett nyansert bilde av hvordan helsesykepleiere og barnevernansatte i kommunene arbeider med tanke på å forebygge psykisk uhelse hos barn på ett lavterskelnivå, og i hvilken grad de opplever tverrfaglig samarbeid som hensiktsmessig og nyttig i sitt arbeid. Ved at det skal være hensiktsmessig menes det at det skal kunne bidra til å finne gode løsninger for den enkelte bruker, familie/barn. Jeg ønsker å finne mer ut av deres erfaringer med bruk av samarbeid på kryss av profesjoner, og hvordan de opplever at det å bruke tverrfaglig samarbeid kan by på muligheter og løsninger fremfor begrensninger i en travel hverdag. Videre ønsker jeg å finne mer ut om hvilke forebyggende tiltak som benyttes i ulike kommunehelsetjenester og barneverntjenester.

Videre så ønsker jeg at min studie skal kunne ha en betydning for det arbeidet som legges til grunn i kommunene og på ett politisk nivå, særlig nå når det rettes økt fokus inn mot forebyggingsarbeid hos barn- og unge, og en ny oppvekstreform. Oppgaven er særlig relevant ettersom det i en sektor hvor det allerede oppleves å være en ressursknapphet, skal få tillagt nye forebyggingsoppgaver når deler av det statlige barnevernets ansvar (Bufetat) skal over til å bli kommunalt ansvar, noe som vil medføre flere arbeidsoppgaver og behov for en større økonomisk satsing fra kommunene.

## **1.7 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål**

Problemstillingen jeg har valgt er basert på hvordan tidlig innsats og forebygging ved bruk av tverrfaglig samarbeid kan bidra til å forebygge psykiske vansker hos barn. Jeg ønsker å gjennomføre intervju av helsesykepleiere og barnevernansatte for å se nærmere på dette

temaet.

Problemstillingen jeg har valgt er:

*«Hvordan kan tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjon og barnevern bidra til å forebygge psykisk uhelse hos barn- og ungdom».*

Forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke erfaringer har helsepersonell og barnevernansatte med tverrfaglig samarbeid.*
- 2) Hvordan arbeider helsestasjon og barneverntjenesten med tanke på å forebygge psykisk uhelse hos barn og ungdom.*

## **1.8 Forforståelse**

Som sosionom, som har arbeidet i forskjellige barneverntjenester i ulike kommuner, samt innenfor psykisk helse og rusomsorg, har jeg trolig en viss forforståelse av min problemstilling.

Ifølge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) er forforståelsen vår helt avgjørende for hvordan vi forstår virkeligheten vi befinner oss i. Forforståelsen min vil kunne være med å påvirke den fortolkning jeg har av informasjon og kunnskap som jeg skal danne meg gjennom denne masteroppgaven.

Gjennom mitt arbeid har jeg en forforståelse av at det er noen mangler i det forebyggende arbeidet og i det tverrfaglige samarbeidet mellom barneverntjenesten og helsestasjonstjenestene. Min erfaring og forforståelse er at det foreligger en usikkerhet i forhold til hva som er forebygging, og hva som er «trinnet over» i forhold til at det er blitt en konkret bekymring, og dermed blitt mer alvorlig og ikke lenger tilhørende på et lavterskelnivå. Min forforståelse preges videre av det er manglende god kommunikasjon på ett tidlig tidspunkt i saker der hvor det er flere risikofaktorer i barn- og unge sine oppvekstvilkår. Som tidligere saksbehandler har jeg selv kjent på at det er noe «uspesifikt» som mangler i det tverrfaglige samarbeidet, og særlig inn mot helsesykepleiere som arbeider på helsestasjonen. Min forforståelse er at det er en ulik oppfatning av hva som er forebyggende arbeid, og hva som er faktiske endringstiltak inn i en familie. Jeg opplever at manglende god dialog kan handle om ressursknapphet, og en misforståelse av hva det ligger i å kunne samarbeide uten hinder av taushetsplikten.

Ved å være klar over hva som er min forforståelse, vil jeg i mitt senere arbeid og analyse av resultat, lettere kunne identifisere hva som er mine egne meninger og erfaringer, kontra hva som er de reelle opplevelsene til informantene i de to ulike yrkesgruppene. Å være en nøytral intervjuer, samt det å være klar over at min rolle som intervjuer og i denne omgang som student, er viktig.

Å ha en forforståelse er noe som er vanlig, da du putter de erfaringer du gjør deg i en ryggsekk som du bærer med deg resten av livet. De erfaringene som ligger i sekken, vil alltid være nyttige i det arbeidet en gjør dersom en er seg bevisst i hvordan en bruker dem.

### **1.9 Tidligere forskning**

Tidligere forskning kan være svært nyttig når en skal fordype seg, eller forske seg på spesielle tema. Jeg har valgt å ha fokus på forskning som er relevant for min studie som handler om forebygging av psykisk uhelse hos barn og unge, og tverrfaglig samarbeid.

For å finne frem til relevant forskning har jeg hatt fokus på at forskningsartiklene skal være fagfellevurdert, da dette øker troverdigheten, nøyaktigheten og validiteten til artiklene.

En av de mest kjente undersøkelsene fra USA, Adverse Childhood Experience (1998), viser til at det er gjort funn om at det er en sammenheng mellom negative opplevelser i oppveksten og senere fysiske- og psykiske sykdommer i voksen alder. I undersøkelsen som ble gjort, kom det frem at flere av de voksne som strevde hadde blitt utsatt for negative opplevelser i barndommen, eksempelvis ved at de hadde erfaringer fra fysisk- og/eller psykisk vold, seksuelle overgrep, eller hadde en oppvekst der hvor de vokste opp med foreldre eller nære voksne som hadde utfordringer med rus eller psykiatriske lidelser (Felitti et al., 1998).

I en longitudinell undersøkelse gjort av Aakvaag og Strøm (2019) ser de nærmere på hvordan det går med de unge voksne som har opplevd vold i barndommen. De hadde særlig fokus på reviktimisering, fysisk og psykisk helse, rus og utfordringer i sosiale relasjoner.

Undersøkelsen de gjorde var en forlengelse av flere tidligere studier som var gjort knyttet til temaet. En av hovedfunnene de gjorde seg, var at det var flere av de unge voksne med høyt nivå av psykiske helseproblemer som hadde blitt utsatt for vold i barndommen, i forhold til de unge voksne som ikke hadde blitt utsatt for vold. De fant videre at blant annet selvmordsforsøk, depresjon og post-traumatisk stress forekom hyppigere hos de unge voksne som var utsatt for vold i barndommen. Når det gjaldt sosiale utfordringer, viste resultatene at

vold i barndommen kunne føre til en økt sårbarhet for å ha en negativ utvikling på flere områder. De fant at sårbarheten førte med dem inn i voksenlivet. De fant videre ut at i tillegg til fysisk og psykisk helse, gjaldt sårbarheten også at det kunne føre til utfordringer i de sosiale relasjonene, samt at de hadde økt risiko for å få et problematisk rusbruk (Aakvaag og Strøm, 2019).

Når det gjelder tverrprofesjonelt samarbeid, er det gjort en studie på hvordan fagpersoner som er i ett samarbeid oppfatter samarbeidet og hvordan oppfatningene er organisert. Forfatterne av studien har tatt utgangspunkt i blant annet kriminalitetsforebyggende arbeid. Det er videre tatt utgangspunkt i modellen «Perception of Interprofessional Colloberation Model Questionnaire», også kalt PINCOM-Q. Hovedmålet til studien var å utvikle, samt teste en konseptuell modell for hvordan tverrprofesjonelt samarbeid foregår av fagpersoner i «Coordination of Local Crime Preventine enterprises» (CLPC), og videre finne og bringe videre relevante begreper som kan fremme eller hemme faktorer i interprofesjonelt samarbeid. (Strype, Gundhus, Egge og Ødegård, 2014). I studien ble det benyttet spørreskjema, og en utforskende faktoranalyse, samt en bekreftende faktoranalyse for å teste en modell for samarbeidsoppfatning i en kriminalitetsforebyggende sammenheng. Noen fokusområder i studien når det gjaldt faktorer i samarbeidsklimaet, var gruppeklima, innflytelse og personlig motivasjon.

Spørreskjemaet basert på PINCOM ble tilpasset til studien. Det ble deretter gjort en statistisk analyse. Etter studien gjorde de funn av at det i tverrprofesjonelt samarbeid burde legges mer vekt på støttende gruppekommunikasjon, en jevn fordeling av gruppeinnflytelse, og et personlig verdiresultat hvor en var tjent med å delta i samarbeidet (hvilken verdi det gav den enkelte), (Strype, Gundhus, Egge og Ødegård, 2014, s. 1).

## **2.0 Begrepsavklaring**

### **2.1 Psykisk helse**

I denne oppgaven anvender jeg definisjonen til Verdens helseorganisasjon (WHO), for å få frem ett perspektiv på hva begrepet mental helse inneholder. Verdens helseorganisasjon bruker begrepet psykisk eller mental helse.

Verdens helseorganisasjon redegjør for at mental helse er en integrert og essensiell komponent i helse. De skriver at WHO-grunnloven redegjør for at: "Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære, og ikke bare fraværet av sykdom eller skrøpeligheit.". De redegjør videre for at en viktig spesifisering og kommentar av denne definisjonen er at psykisk helse er mer enn bare fraværet av psykiske lidelser eller funksjonshemninger. Psykisk helse er en tilstand av velvære der en person innser sine egne evner, kan håndtere eller mestre de normale påkjenningene i livet, kan jobbe produktivt og er i stand til å gi et bidrag til sitt samfunn. psykisk helse er grunnleggende for vår kollektive og individuelle evne som mennesker til å tenke, uttrykke, samhandle med hverandre, tjene til livets opphold og nyte livet (WHO,2018).

Verdens helseorganisasjon utviklet et begrepet om helsefremming, og med det tok det fokus bort fra forebygging av spesifikke sykdommer eller gjenkjenning av risikogrupper mot å se nærmere på helse og velvære hos hele befolkningen. Befolkningen burde selv få definere hva som er utfordrende eller relevant for dem i samfunnet, fremfor å bruke fag-eksperter som arbeider ut ifra diagnoser og ulike kriterier. Verdens helseorganisasjon mener at lærere, helsesykepleiere, arbeidsgivere og sosialarbeidere bør være involvert i helsefremming. Faktorer som bestemmer eller utgjør risiko for helse er tatt med i betraktningen, og helse bør bli mer sett på som et kollektivt ansvar i samfunnet, og er ett område som trenger å bli prioritert av organisasjoner og beslutningsmyndigheter/regjeringer i avgjørelsene som skal tas (Naidoo og Wills, 2016, s.65).

Mæland (2016) tolker verdens helseorganisasjon sin definisjon som et ideal, som legger vekt på at man har et fysisk og mentalt overskudd, slik at man opplever velvære og harmoni, har gode relasjoner til andre mennesker, og at man får brukt seg selv. Mæland (2016) skriver at denne positive måten å forstå helse på ligger nær det som nå gjerne blir omtalt som livskvalitet.

## **2.2 Psykiske plager**

Definisjonen av psykiske plager noe som kan gi en høy symptombelastning, men ikke nødvendigvis så høy at de kan karakteriseres med en diagnose. Forekomsten av psykiske plager kan brukes til å identifisere risikogrupper og til å beregne måltall for forebyggende



tiltak, og mange i befolkningen vil kunne oppleve å ha betydelige psykiske plager i kortere og lengre perioder av livet (Folkehelseinstituttet, 2011, s. 15).

Dette skiller seg fra terminologien om psykiske lidelser, som benyttes når symptombelastningen er så stor og av en slik karakter at det kan stilles en diagnose som f.eks depresjon, ADHD, schizofreni eller bipolar lidelse. Dette følges spesifikke diagnose-kriterier (Folkehelseinstituttet, 2011, s.15).

### **2.3 Tverrfaglig samarbeid**

«Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform, en metode. Tverrfaglig samarbeid er når flere arbeidsgrupper går sammen og jobber sammen på tvers av ulike faggrenser for å nå et felles mål» (Glavin og Erdal, 2018, s.24).

Begrepet «tverrfaglig» dekker både tverrprofesjonelt samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og profesjoner, tverretatlig ved at det dekker samarbeid på tvers av etater, men også tverrsektorielt som dekker samarbeid på tvers av kommunegrensene (Glavin og Erdal, 2018).

Andre har også benyttet seg av begrepet tverrprofesjonelt samarbeid. Begrepet tverrprofesjonelt ligger tett opp mot det engelske begrepet «interprofessional» som brukes internasjonalt. Begrepet er synonymt med det norske begrepet Tverrfaglig samarbeid (Willumsen og Ødegård, 2016).

### **2.4 Forebygging**

Forebygging er tiltak som settes i verk før det er en diagnostisk sykdom eller høyt symptomnivå. Et tiltak er forebyggende dersom det over tid kan bidra til å redusere antall nye sykdomstilfeller, eller antall nye personer med høyt symptomnivå (Major et al., 2011, s.16).

## **3.0 Kunnskapsgrunnlag og kontekst**

### **3.1 Lovverk**

Jeg har her valgt å ha fokus på ulike lovverk som er særlig relevant for oppgaven da den handler om forebygging, helsefremming og tverrfaglig samarbeid som retter seg mot forebygging av psykisk uhelse.

Videre skal jeg redegjør for taushetsplikten og opplysningsplikten, da dette er viktige begreper å ha kunnskap om i arbeidet med tverrfaglig samarbeid og forebygging av psykiske vansker hos barn- og unge.

### **3.1.1 Lov om folkehelsearbeid**

Folkehelseloven (FHL), 2011, § 1-1:

«Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.»

Videre er ordlyden i FHL, 2011, §1-1:

«Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.»

Med dette, ser en at det er lagt vekt på både forebygging og samordning av virksomheter, som betyr at tverretattlig og tverrfaglig samhandling vektlegges som viktig i arbeidet mot å styrke den generelle folkehelsen.

Det stilles krav om kommunens ansvar for folkehelsearbeid i folkehelseloven, 2011, § 4, og kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter, blant annet gjennom råd, uttalelser og samarbeid.

### **3.1.2 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Kommunen har selv det overordnede ansvaret for å tilby nødvendig helse og omsorgstjeneste til de personer som oppholder seg i kommunen jfr. Helse og omsorgstjenesteloven (hol), 2011, §3-1.

Helse og omsorgstjenesteloven, 2011 har som formål å skape en mer helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Det står blant annet nevnt om kommunens ansvar for forebygging, men også at loven skal sikre kvalitet og samhandling (HOL, 2011, § 1-1). Videre står det om kommunens plikt til samhandling og samarbeid mellom ulike deltjenester innad i kommunen hvor dette er nødvendig jfr. HOL § 3-4.

I HPL § 3-2 står spesifikt beskrevet om helsefremmende og forebyggende tjenester som skolehelsetjeneste og helsestasjonstjenester og svangerskaps- og barselsomsorgstjenester.

### **3.1.3 Lov om helsepersonell**

Lov om helsepersonell (1999) § 1-1 har som formål:

«å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten».

Helsepersonell etter denne loven beskrives i HPL § 48, og kan blant annet være sykepleiere, helsefagarbeidere, jordmor, psykolog eller lege.

Helsepersonell har etter HPL §33 en opplysningsplikt til barneverntjenesten. Det innebærer at helsepersonell uten hinder av taushetsplikt skal melde fra til barneverntjenesten dersom det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, mishandling eller andre mangler ved den daglige omsorgen barnet mottar. Det følger videre at barneverntjenesten skal varsles dersom foreldrene ikke gir barnet nødvendig helsehjelp, eller dersom barnet viser alvorlige atferdsvansker.

### **3.1.4 Lov om barneverntjenester**

I forarbeidet til barnevernloven av 1992, stilte departementet spørsmål til organisert samarbeid mellom ulike etater som har ansvar for barn. Departementet konkluderte med at de stilte seg positive til samarbeid mellom etater, og vurderte at det både var nødvendig og ønskelig med et slik samarbeid i det forebyggende barnevernarbeidet. Imidlertid var departementet mer skeptiske til å opprette faste barnevernsteam. Departementet oppmuntret til at det skulle brukes skjønn og gode vurderinger knyttet til hvilke opplysninger som var relevante, og anbefalte at det skulle vurderes fra sak til sak (Barne- og familiedepartementet, 1992).

I BVL § 3-1 står det at kommunen skal følge nøye med i de forhold som barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblem.

Barneverntjenesten skal særlig sørge for å avdekke omsorgssvikt, atferd, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås. Det står videre i BVL § 3-2 at barneverntjenesten skal medvirke til at barnets interesser også ivaretas av andre offentlige

organer, samt samarbeide med andre sektorer når dette kan bidra til å løse oppgaver etter denne loven.

«I et samarbeid mellom de etatene som har ansvar for barn kan opplysninger først og fremst gis til barneverntjenesten fra helsepersonell, sosialhelsetjenesten, skoleetaten eller andre offentlige myndigheter» (Kjønstad og Syse, 2008, s.172).

### **3.1.5 Taushetsplikt og opplysningsplikt**

Selv om behovet for å ivareta den enkeltes personvern stiller sterkt i norsk lovverk, er det likevel noen unntak hvor det foreligger anledning til å videreformidle opplysninger som gjelder den enkelte part. En slik anledning kan være hensynet til å gjøre riktige vurderinger, for at hjelpen som gis skal være nødvendig og forsvarlig. Det handler i stor grad om at den enkelte personens rettssikkerhet skal ivaretas.

Opplysninger som kan bidra til å sikre nødvendig og riktig hjelp, kan deles med de som arbeider med samme klient og i samme sak (Kjønstad og Syse, 2008).

Taushetsplikt og opplysningsplikt er sentrale begrep som brukes hyppig blant helse- og sosial personell, eksempelvis helsesykepleiere eller sosialarbeidere/barnevernspedagoger.

Taushetsplikten sikrer at personellet ikke skal meddele informasjon som de har skaffet seg gjennom sitt arbeid (Kjønstad og Syse, 2008). I tillegg til taushetsplikten, er helsepersonell også nødt til å følge opplysningsplikten. Opplysningsplikten kan innebære både en plikt til å vitne i rettssaker, men også å melde fra om forhold som kan forebygge vesentlig fare for liv og helse, eller alvorlig skade for noens helse. Plikten til å melde fra gjelder også der hvor en har plikt til å melde fra til barneverntjenesten, dersom en har grunn til å tro at et barn blir mishandlet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt (Kjønstad og Syse, 2008).

Både Barnevernloven og Helse- og omsorgstjenesteloven følger Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 1967 (jfr. FVL) i forhold til generelle saksbehandlingsregler som f.eks taushetsplikt FVL § 13.

## **3.2 Helse- og sosialpolitikk**

Willumsen og Ødegård (2016) skriver at det både nasjonalt og internasjonalt er lagt tydelige politiske føringer for koordinering av tjenester og forventninger om at profesjonsutøvere skal samarbeide innenfor helse- og velferdstjenestene. Blant annet Verdens helseorganisasjon har vært en pådriver for tverrprofesjonell praksis og utdanning. I Norge har krav om samarbeid i praksis og utdanning vært nedfelt i styringsdokumenter og lovreguleringer i over 30 år.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har lenge vært en pådriver for å styrke samarbeidskompetansen i helse- og sosialtjenestene (Willumsen og Ødegård, 2020).

### **3.2.1 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen som ble vedtatt i 2012 har lagt et stort grunnlag for slik dagens praksis innenfor helse- og velferdstjenestene fungerer. Samhandlingsreformen var ett uttrykk for en økende befolkning og et økt behov for oppgavefordeling i kommunene for å ivareta folkehelse og individuell pasientoppfølging fra sykehus til kommunehelsetjenesten (Willumsen og Ødegård, 2016). Reformen medførte at det ble stilt nye politiske krav til samarbeid mellom institusjoner og profesjoner for å sikre effektivitet og økt kvalitet i helse- og sosialtjenestene.

Med en kommunesektor under press, medførte samhandlingsreformen at det ble stilt krav til større søkelys på samarbeid mellom politiske forvaltningsnivå, institusjoner og profesjonsutøvere for å finne nye, gode løsninger, samt sikre en høy kvalitet og produktivitet i helse- og velferdstjenestene.

Ifølge samhandlingsreformen har hver enkelt kommune ansvar for å sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging. I samhandlingsreformen nevnes blant annet samhandling som en viktig faktor. Med samhandling i forhold til helse- og omsorgstjenestene, betyr dette ofte i praksis at en viser evne til koordinering og oppgavefordeling seg imellom, skape bedre dialog og informasjonsflyt, samt at man samarbeider mot felles mål for å best mulig kunne gi den enkelte god hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

I Samhandlingsreformens forord, av den daværende Helse- og omsorgsministeren Bjarne Håkon Hanssen, skriver han:

«Veksten i ressurser må i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger

spesialisthelsetjenester. Og det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Mæland (2016) redegjør for at samhandlingsreformen handler om forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og skriver at det i Stortingsmeldingen ble en økt satsing på forebygging som ble sett på som et viktig grep for å redusere utgiftene til sykehuset. Han skriver at dette videre ble utviklet til å omhandle personer med blant annet psykiske lidelser og rusrelaterte utfordringer.

### **3.2.2 Folkehelsemeldingen**

I 2019 ble det vedtatt av Stortinget en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse jfr. Folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). I folkehelsemeldingen står det skrevet:

«Over 60 prosent av landets kommuner rapporterer at psykiske helseplager blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggingsarbeidet. Kommunene etterspør gode verktøy for å jobbe systematisk med å skape helsefremmende oppvekstmiljøer for alle barn og unge.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, kap. 2,3, s.10).

«Mange aktører og instanser møter og gir hjelp til barn og unge som har psykiske plager og lidelser. Barn og unge forteller at de møter fragmenterte tjenester som ikke snakker sammen og ikke evner å koordinere seg. Dette gjelder særlig barn og unge med sammensatte problemer med behov for langvarig oppfølging. Regelverket om individuell plan og koordinator, som er nedfelt i flere lovverk, gir en felles standard for koordineringsprosessen med vekt på samarbeid om barnets og den unges egne mål. Det er et forbedringspotensial i bedre bruk av disse verktøyene.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, kap. 2,3, s.10).

I folkehelsemeldingen står det at regjeringen har bestemt at psykisk helse skal være en like stor del av folkehelsen som den fysiske helsen. De ønsker at det skal økes kunnskap for barn og unge om forhold som kan påvirke deres psykiske helse. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019kap. 2,3, s.11).

Familie er den viktigste arenaen for opplevelse av trygghet, omsorg og kjærlighet. Men familie kan også være en arena hvor mange barn opplever utrygghet og utsatthet, med tanke

på at det i noen familier kan forekomme vold, samt at foreldre kan streve med rus eller psykiske lidelser (Torvik og Rognmo, 2011).

Barn som utsettes for vold og overgrep kan få psykiske skader i voksenalder (Aavik og Strøm, 2019). Forebygging er en stor og viktig del av folkehelsearbeidet.

Norsk institutt for by- og regions forskningsinstituttet (NIBR) gjorde en kartlegging av arbeidet med barn og unge i 2017. Over 60 prosent av kommunen gav uttrykk for at en av deres store utfordringer var psykiske helseplager hos barn og unge (Helgesen, Abebe og Schou, 2017).

Arbeid som tar sikte på å fremme den psykiske helsen til barn og unge, har ikke bare en korttidseffekt ved at barn får det bedre her og nå, men gir også en langsiktig gevinst ved at barns evne til å mestre og tåle motgang styrkes. Dette indikerer at satsingen på barn og unges psykiske helse er lønnsomt, da det vil kunne bidra til at de som voksne kan forhindre svak deltakelse i arbeidslivet og frafall i skolen (Bellis mfl., 2017).

Opptappingsplanen innebærer også at det skal iverksettes familiestøttende tiltak på et tidlig tidspunkt. Tidlig innsats blir sett på som et viktig punkt i opptappingsplanen for barn- og unges psykiske helse. Det handler om å fange opp hva som er bekymring, og involvere de hjelpeinstansene som er slik at bekymringen kan løses på ett tidlig stadium. Samordning av ulike tjenester, ulike profesjoner og ulike forvaltningsnivå er viktig i den tidlige innsatsen. Ved å sette inn hjelp på ett tidlig tidspunkt, kan det forebygges at utfordringer og problemer blir så omfattende at en vil ha behov for enda mer omfattende hjelp senere i livet. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, kap. 4.,s.35).

I folkehelsemeldingen blir familiestøttende tiltak som sentralt i forebyggingen. Det handler om å fange opp barn og unge som lever i vanskelige forhold på ett så tidlig tidspunkt som mulig, for å forebygges at de blir utsatt for blant annet vold, overgrep eller omsorgssvikt. Helsestasjonen og jordmødre møter de fleste familier under svangerskapet og etter fødsel. De er derfor viktige når det gjelder å identifisere gravide og barn som har behov for hjelp. Blant annet kan helsestasjonstjenester tilby foreldrestøttende tiltak i form av kurs, samt at de kan fungere som en god støtte for foreldrene når det gjelder å gi kunnskap om barnas utvikling. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, kap. 4.,s.35).

### **3.2.3 Barnevernsreformen - den nye oppvekstreformen**

Barnevernsreformen, som også blir kalt for den nye oppvekstreformen, skal etter planen tre i kraft 1. januar 2022. Målet med den nye reformen, er å gi kommunene større faglig og økonomisk ansvar, særlig for barnevern. Målet er at tjenestetilbudet skal tilpasses de lokale behovene som er, og målene kan best nås dersom det gjøres endringer i hele oppvekstsektoren.

En del av de føringer som ligger til den nye barnevernsreformen, er at kommunene skal ha større anledning til å drive forebyggende arbeid, og mer samarbeid på tvers av tjenester.

Målene med reformen er at arbeidet med tidlig innsats og forebygging skal styrkes, familier skal få en hjelp som er enda bedre tilpasset dem og deres behov, rettsikkerheten skal bli godt ivaretatt, og ressursbruken og oppgaveløsningen i barnevernet skal bli mer effektiv (KS, 2021).

Grunnpilar i arbeidet er forebygging og tidlig innsats – et helhetlig tjenestetilbud hvor det er samarbeid på tvers av tjenester og sektorer. For å lykkes med denne reformen, vektlegges viktigheten av en god ledelse, både innenfor barnevern, men også i forhold til det samlede familiestøttende arbeidet som er i kommunen.

Ett mål er at forebygging og tidlig innsats vil kunne være besparende for kommunene, da det skal forhindre at det er nødvendig med dyre og mer inngripende tiltak som blant annet fosterhjem eller institusjonsplasser (KS, 2021).

«Et godt samarbeid mellom barnevernstjenesten og andre kommunale tjenester, er avgjørende for å kunne oppdage og hjelpe utsatte barn og familier på et tidlig tidspunkt. Foreldre kan være i kontakt med andre deler av de kommunale tjenestene lenge før det oppstår eller meldes fra om en barnevernssak, og flere tjenester kan være involvert i familien uten at de kjenner til hverandre. Tidlig innsats handler om å sørge for at barn og familier som sliter får nødvendig hjelp og støtte, for å forhindre at utfordringer vokser til alvorlige problemer.» (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017., s.30).

## **4.0 Metodekapittel**

### **4.1 Kvalitativ metode**

Til min studie har jeg benyttet meg av et kvalitativt design som tar sikte på å forstå ett sosialt fenomen, samt fordype seg i dette.



Kvalitativ design benyttes der hvor en ønsker å se nærmere på egenskaper eller kvaliteter ved ett fenomen som man ønsker å studere nærmere. I min studie ønsker jeg å studere nærmere forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid. Et kvalitativt design gir meg anledning til å nyanser og beskrivelser av informantenes egne erfaringer med temaet som det skal redegjøres for. Kvalitative metoder brukes ofte for å få mer informasjon om de menneskelige erfaringer og opplevelser, tanker, forventninger, holdninger og motiver (Malterud, 2017, s. 31).

Malterud (2017) skriver at kvalitative metoder kan åpne for forskning på felter der hvor kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, og at metoden er godt egnet for forskning hvor en ønsker å sette nye spørsmål på dagsordenen. Dette støttes også opp av Thagaard (2013) som redegjør for at kvalitativ metode egner seg best der det foreligger lite forskning fra tidligere.

Kvalitativ metode er en godt egnet metode for forskning hvor en ønsker å sette nye spørsmål på dagsordenen, eller der hvor en på forhånd ikke har en oversikt over svaralternativene. Eksempler på dette kan vær at en er på jakt etter mer kunnskap enn det man allerede kjenner til av gamle svar (Malterud, 2017).

## **4.2 Design**

For å belyse min problemstilling benyttet jeg individuelle intervjuer som er en kvalitativ forskningsmetode. Jeg har undersøkt det tverrfaglige samarbeidet mellom ansatte i helsestasjonstjenester og barneverntjenester, og hvordan det tverrfaglige samarbeidet kan være med på å forebygge psykiske vansker hos barn. På bakgrunn av min problemstilling valgte jeg å benytte meg av et beskrivende / eksplorerende design.

Thagaard (2013) redegjør for at et eksplorerende design tar utgangspunkt i en problemstilling, men at denne problemstillingen utvikles og presiseres i løpet av prosjektet. Han redegjør videre for at det eksplorerende designet preges av fleksibilitet, og innebærer at studien tar utgangspunkt i en problemstilling som utvikles og presiseres underveis i prosjektet.

Ved å benytte meg av et eksplorerende design, vil det gi meg mulighet til å se nærmere på det tverrfaglige samarbeidet som er mellom helsesykepleiere og barnevernansatte i de ulike kommuner gjennom å gjennomføre intervjuer. Dette vil kunne bidra til å gå i dybden på hvordan det i kommunene arbeides med forebygging, og hvordan opplevelsene til

informantene er med tanke på hensikten i å benytte tverrfaglig kompetanse og samarbeid for å forebygge psykisk uhelse hos barn og unge.

### **4.3 Intervju**

I min oppgave vil jeg benytte meg av individuelle semistrukturerte intervjuer.

Individuelle semistrukturerte intervju vil søke å innhente beskrivelser og fortolkninger av meninger ut ifra det fenomenet som søkes etter, som her er en opplevelse eller erfaring (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 46).

Individuelle semistrukturerte intervjuer gir informantene muligheten til å utdype sine erfaringer, opplevelser, holdninger og tanker til det temaet jeg ønsker å få mer kunnskap om. Det vil videre gi meg som intervjuer en mulighet til å stille oppfølgende spørsmål rundt det de forteller, for å få flere beskrivelser og nyanser av det de forteller om.

Intervju var min foretrukne fremgangsmåte, da dette gir anledning til å skape et samspill mellom intervjueren og den som blir intervjuet (S.Kvale og S. Brinkmann, 2015).

Et viktig aspekt å ha med seg som intervjuer i semistrukturerte intervju, er å innta en nøytral og lyttende rolle, slik at det som fortelles i intervjuet kan oppfattes og forstås på en ny eller uventet måte, og at en kan oppdage ny og meningsfull informasjon vedrørende temaet (Malterud, 2017).

Mine intervju tok utgangspunkt i en intervjuguide, som tok for seg bestemte temaer og spørsmål som jeg ønsket å få belyst. Temaer som jeg hadde særlig fokus på var delt inn i 6 hovedtema:

- 1) Yrkesfaglig bakgrunn og erfaringer fra praksis*
- 2) Kommunen og forebygging, egen deltakelse*
- 3) Forebyggende tiltak og erfaringer*
- 4) Tverrfaglig samarbeid og erfaringer*
- 5) Nytte og hensikt*
- 6) Utfordringer og muligheter videre*

Intervjuguiden min har en viss struktur hvor den er delt opp i ulike temaer og spørsmål, og intervjuguiden min ble benyttet som et veiledende verktøy, noe som i praksis kan gjøre at

rekkefølge og tema kan variere ut ifra det som blir naturlig når informantene forteller om egne erfaringer og opplevelser knyttet til temaene (Johannessen et.al. 2011).

De fleste spørsmålene fra intervjuguiden, innunder hvert hovedtema, ble innledet med «Hvilke erfaringer gjør du deg», «Hvordan opplever du», og «Hva er dine erfaringer». Dette da jeg hadde fokus på at de fleste spørsmål skulle være åpne for å gi mest mulig rom for gode fortellinger og beskrivelser fra informantene.

#### **4.4 Forskningsfelt**

Jeg har i min studie intervjuet helsesykepleiere som arbeider med barn- og unge på helsestasjonen i kommunen. Helsestasjonen er et lavterskeltilbud, som er tidlig i kontakt med familier og barn, og har oppfølging med vedkommende over tid. Helsesykepleiere er en viktig del av det forebyggende arbeidet i forhold til at de ser barna og foreldrene på ett tidlig stadium.

Videre har jeg intervjuet barnevernansatte som arbeider i den samme kommunen, da dette både er en del av arbeidet i å kunne forebygge vesentlig skade i utvikling hos barn, samt at det er ett høytterskel-tilbud som ikke driver oppsøkende virksomhet, og dermed er avhengig av å ha ett godt samarbeid med instanser og fagpersonell for å kunne avdekke/hjelpe og forebygge.

De to kommunene som ble intervjuet er organisert på ulik måte. Den ene kommunen har en interkommunal barneverntjeneste som dekker tre ulike kommuner. Denne barneverntjenesten har delt sakene inn ulike team, etter hvilken aldersgruppe barnet og familien tilhører. Den andre barneverntjenesten er innad i en og samme kommune. I denne barneverntjenesten er også sakene delt inn ulike team, ut i fra aldersgrupper i forhold til alderen på barnet.

Mine intervju ble i begge barneverntjenestene gjennomført med saksbehandlere i aldersgruppene hvor det var forholdsvis spe- og småbarn, og ungdom fra 12 år og oppover. Dette da saksbehandlere som er i kontakt med barna i spe- og småbarnsalderen arbeider mye med forebygging, før de synlige utfordringene oppstår, gjerne i senere ungdomsår. På grunn av at utfordringer ofte blir mer synlige i ungdomsårene, var også saksbehandlere som er i kontakt med ungdom inkludert.

Videre gjennomførte jeg intervju med helsestasjonstjenester i to ulike kommuner. Organiseringen av dem var like. Noen av helsesykepleierne hadde også tidligere erfaringer fra skolehelsetjenesten, og mange av helsesykepleierne hadde erfaringer fra arbeid på sykehus. I

den ene kommunen hadde også noen av helsesykepleierne en koordinator-funksjon for barn med særlige behov. De helsestasjonstjenestene som ble intervjuet hadde forholdsvis ansvar for spe- og småbarn fra 0 til 5 år, frem til barna skulle begynne på skolen.

Informantene som deltok i studien hadde en god og bred erfaring fra praksisfeltet, og i tillegg erfaringer fra andre fagområder, blant annet flyktningtjenesten, barnehage, institusjonsarbeid, miljøterapeuter, og sykepleiere ved sykehus.

Jeg valgte i min studie å intervjuer helsesykepleiere og barnevernansatte fra to ulike kommuner, da jeg ville se nærmere på hvilke erfaringer informantene hadde i de ulike kommunene. Dette ble gjort for å få en større variasjon i informasjonen og beskrivelsene av informantenes erfaringer. Ettersom organiseringen i de to kommunene var noe ulik, har fokuset vært å få tak i informasjon om hvordan arbeidet ble gjennomført (variasjonen i deres arbeid), og de ulike erfaringene de har gjort seg i fra egen praksis.

## **4.5 Utvalg og rekruttering**

### **4.5.1 Utvalg**

I min studie har jeg valgt å basere meg på et strategisk utvalg, hvor jeg har søkt etter deltakere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske når det gjelder å få belyst problemstillingen i min studie, og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013). Dette indikerer at de har egenskaper og erfaringer fra arbeid med psykisk helse, barn- og unge, samt tverrfaglig samarbeid. De er kvalifiserte på bakgrunn av deres høyere utdanning, som kreves for å arbeide i de yrkene som de er ansatt i.

Malterud (2017) benytter begrepet informasjonsstyrke. For å etablere ett strategisk utvalg med god informasjonsstyrke må en først finne ut hvilken retning en skal gå for å samle inn mest mulig data om det som en ønsker å få belyst. Ved å foreta ett strategisk utvalg til min studie, tenker jeg at informantene skal ha en viss relevans og forforståelse av det temaet som skal undersøkes. Det strategiske utvalget jeg har gjort i min oppgave, er på bakgrunn av at jeg tenker at informantene kan bidra med en bredde og dybde innenfor den problemstillingen som er i min studie. De har tilegnet seg en erfaring ved å ha arbeidet i helsestasjonstjenesten eller i barneverntjenesten i minimum ett år. Et strategisk utvalg kan være med på å gjøre studien mer pålitelig når det gjelder resultatene som fremkommer av studien, da deres erfaring vil rettes inn mot studiens problemstilling (Malterud, 2017).

I følge Kvale og Brinkmann (2015) kan en utfordring ved kvalitativ metode være at det enten er for lite eller for stort antall av intervjupersoner. Dersom antallet er for lite, vil det kunne bidra til at det er vanskelig og generalisere det innholdet som fremkommer. Er antallet for stort vil det derimot være vanskelig å foreta en dyptgående analyse av intervjuene.

Det å samle ett utvalg av informanter som kan være med på å belyse en problemstilling eller spesifikke tema, bidrar til en god informasjonsstyrke av det datamaterialet som samles inn. Informasjonsstyrken til utvalget, hvor relevant kunnskap informantene har om de ulike temaene, kan ha en innvirkning på hvor stort utvalget i oppgaven må være for å få belyst problemstillingen godt nok (Malterud, 2017).

For å få belyst min problemstilling, ble jeg i samråd med min veileder enig i at vi ønsket å rekruttere 10—12 informanter. Ut ifra min problemstilling, som handler om erfaringer ved bruk av tverrfaglig samarbeid, var det nødvendig å innhente data fra to ulike yrkesgrupper; helsesykepleiere og barnevernansatte. Begrunnelsen for valg av to kommuner fremfor en enkelt kommune, var å få en bred og variert informasjon om hvilke erfaringer informantene hadde med det tverrfaglige samarbeidet. Malterud (2017) skriver at variasjonsbredde kan gi muligheten til å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. Særlig aktuelt er variasjonsbredden der hvor det kan tenkes at en har et datamateriale som i liten grad bidrar til ny kunnskap, eller der hvor en tenker at konklusjonen er opplagt. Derfor ble det for meg viktig å ha søkelys på at det kunne være ulike oppfatninger av hvordan det tverrfaglige samarbeidet ble erfart i de ulike yrkesgruppene, og i de ulike kommunene, da informantene var ulikt organisert, hadde ulike roller, ulike lovverk, og faglige ulikheter og styrker.

Inklusjonskriterier for deltakelse i studien, var at informantene skulle ha minimum ett år fra relevant praksis, være ansatt som helsesykepleier eller i barneverntjenesten, samt at de skulle ha erfaringer med tverrfaglig samarbeid.

#### **4.5.2 Rekruttering**

Fremgangsmåten min for å få tak i informantene var fortrinnsvis å kontakte de fire ulike lederne innenfor helsestasjonstjenester og barneverntjenester på e-post. Det var varierende grad av tilbakemeldinger fra lederne. To ledere gav tilbakemelding relativt raskt, og to av lederne måtte jeg sende påminnelser til på e-post. Det ble fra alle fire lederne samtykket til at de ansatte i deres seksjon kunne delta i studien. Lederne fikk tilsendt informasjonsskriv om studien, samt samtykkeskjema til deltakelse. Lederne videreformidlet informasjon om min

studie til sine ansatte i hver sin seksjon, hvor de ansatte ble oppmuntret til å ta direkte kontakt med meg på e-post eller telefon ved interesse for å delta i studien. Der i fra var det også varierende grad av tilbakemeldinger. Noen ledere kontaktet meg raskt på e-post og formidlet at de ønsket å delta, mens noen responderte ikke. I begge barneverntjenestene var det en fagansvarlig/teamleder som tok kontakt og formidlet navn på konkrete ansatte som var aktuelle informanter, slik at jeg kunne ta direkte kontakt med dem for å avtale intervju. De som jeg fortsatt ikke hadde hørt noe fra, eller fått tilstrekkelig informanter fra, måtte jeg på nytt kontakte på e-post. Da det fortsatt var lite respons, måtte jeg ta skrittet hvor jeg til slutt tok direkte kontakt med enkelte ansatte på e-post, informerte på nytt om studien og spurte om de kunne tenke seg å delta. En helsesykepleier tok kontakt med to av sine kollegaer som svarte at de ønsket å delta i studien.

Tid for intervju ble avtalt på e-post, SMS eller telefon direkte i kontakt med informantene.

Rekrutteringen var en svært tidkrevende og langtekkelig prosess for meg, da jeg til slutt havnet bakpå i forhold til min egen tidsplan for gjennomføring av intervju. Etter min egen opprinnelige tidsplan, skulle jeg ha gjennomført alle intervjuene innen januar/februar. Da jeg havnet bakpå i forhold til min opprinnelige tidsplan, ble siste intervju gjennomført i slutten av april.

Jeg opplevde at de fleste informantene hadde en travel arbeidshverdag, i tillegg til at jeg hadde min egen arbeidshverdag foruten om studiet. Tre av informantene fra helsesykepleierne ble brukt til å vaksinere i forbindelse med Covid-19, noe som medførte at de hadde enkelte dager hvor intervju ikke kunne gjennomføres. To av informantene i barneverntjenesten ble videre opptatte med akuttarbeid på sin arbeidsplass, noe som medførte at noen av intervjuene måtte utsettes. To informanter glemte ut avtalen om intervju, og det måtte avtales ny tid. Videre var det flere av informantene som i denne perioden satt på hjemmekontor, noe som medførte noen forstyrrelser i løpet av intervjuene enten i form av at det ringte på døren, ringte på telefonen, eller at internett-forbindelsen var noe dårligere, som medførte et kort brudd midt i intervjuet.

I denne rekrutteringsprosessen ble jeg bedre kjent med meg selv og mine komfortsoner. Jeg opplevde at det kunne være ubehagelig å være veldig frempå og «masete» når jeg skulle etterlyse tilbakemeldinger fra informanter. I ettertid av denne prosessen, ser jeg at det også er noe i denne prosessen som har gjort meg tryggere i hvordan jeg presenterte min studie, og at jeg i denne prosessen også dels ble bedre kjent med mine egen komfortsoner. Jeg opplever at

dette er en prosess som jeg vokste på. I etterpå klokskap, ser jeg at rekrutteringsprosessen kunne tatt mindre tid dersom jeg fra starten av hadde tatt direkte kontakt med enkelte ansatte selv, fremfor at det skulle gått gjennom en leder og felles e-post. Jeg erfarte videre at det hjalp å ha kjennskap til noen av de ansatte innen ulike seksjoner i både barneverntjenesten og helsestasjonstjenestene, da de var svært behjelpelige med å formidle informasjon om studien videre til sine kollegaer.

Jeg har intervjuet totalt 11 personer, med tilnærmet 50/50 fordeling av barnevernansatte og helsesykepleiere i helsestasjonstjenestene. I min studie har jeg gjennomført seks intervju med barnevernansatte hvorav tre av dem hadde fagansvar for sin avdeling. Det ble gjennomført fem intervju med helsesykepleiere som arbeider i helsestasjonstjenester, hvorav det en var leder for de ansatte som tilhørte sin kommune sin helsestasjon.

#### **4.6 Gjennomføring av intervju**

Min opprinnelige plan var å oppsøke informantene på deres arbeidsplasser fysisk for å gjennomføre intervju. Dette for at det skulle være tidsbesparende for informantene å delta på studien da de hadde en travel arbeidshverdag. Det har på grunn av Covid-19 situasjonen vært vanskelig å gjennomføre intervjuene ved fysisk treff og oppmøte, og alle intervjuene ble derfor gjennomført ved å benytte den digitale plattformen Microsoft Teams.

Fordelen ved bruk av Teams var at det for flere informanter ikke krevde så mye tilrettelegging, og at de uavhengig av hjemmekontor eller ei hadde anledning til å delta. Det ble også for min del en effektiv prosess da jeg ikke behøvde å bruke tid på reise til de ulike kommunene og de ulike informantene. De aller fleste på Teams hadde kameraet sitt på datamaskinen på, slik at vi fikk sett hverandre gjennom data-skjermen. Dette var en fordel da vi kunne se hverandres reaksjoner, ansiktsuttrykk og bevegelser noe som jeg opplevde at var med på å gjøre intervju-situasjonen tryggere både for informantene, men også for meg.

Ulempen ved bruk av Teams var at det ikke var alle som hadde kamera på sine dataskjermer, og følelsen av å bygge relasjon, samt få en god flyt i samspillet og dialogen forsvant noe. Det kunne også oppstå brudd i tilkoblingene, og det var i to tilfeller nødvendig å flytte intervjuet fra Teams og over til telefon.

Gjennomføringen av ett individuelt intervju tok mellom 40 min til 1.5 time. Det var varierende hvor mye informantene utdypet seg, noe som forklarer den varierende tidsbruken i

intervjuene. Hvert enkelt av de 11 intervjuene ble deretter transkribert og anonymisert, før de ble gjort klart til analyse.

#### **4.7 Innsamling av data**

For å sikre kvalitet på dokumentasjonen og informasjonen som fremkom gjennom intervjuene, tok jeg i bruk en digital lydopptaker slik at den informasjonen som fremkom under intervjuene ble ivaretatt på en tydelig og god måte, samt at viktige detaljer i deres utsagn kom med. Videre gagnet dette både relasjon og flyt i kommunikasjonen som foregikk under intervjuene, da fokuset var på kommunikasjonen og informasjonen fremfor å skrive sitat og notat under intervju.

Til tross for at jeg brukte digital lydopptaker, satt jeg med intervjuguiden foran meg, og en notatbok hvor jeg noterte stikkord underveis, da det gjerne var enkelte ord og setninger jeg ville spør mer om. Notatbok ble brukt som ett hjelpemiddel til intervjuguide, som sikret at jeg skulle stille gode oppfølgingsspørsmål som jeg kom på underveis, og som ville være relevant for å belyse studiens problemstilling.

Etter intervjuene med lydopptaker, satte jeg meg ned for å transkribere hvert enkelt intervju. Transkriberingen innebar at jeg skrev ned hvert enkelt ord som ble sagt, både av meg selv, men også av informanten.

Hvert enkelt intervju ble mellom seks og 10 sider etter transkriberingen. Til sammen, med 11 informanter, endte jeg opp med 87 transkriberte sider.

Dette var en tidkrevende prosess da jeg kunne bruke opp mot fire timer pr. intervju. Jeg var opptatt av at de transkriberte intervjuene skulle være nøyaktige, da jeg ønsket å hedre det hver enkelt informant delte og fortalte om sine erfaringer, uten at det skulle være rom for misforståelse eller feiltolkninger. Jeg måtte derfor stoppe lydfilen og spole tilbake hyppig for å sikre at det skulle være helt riktig transkribert. Denne prosessen opplevde jeg som viktig da det for meg handlet om å ha en ydmykhet og respekt for hva den enkelte informant hadde å fortelle. Dette grunnarbeidet var videre enormt viktig da det i ettertid skulle gjennomføres en analyse av det samlede datamaterialet.



## **4.8 Analyse**

Datamaterialet ble analysert med utgangspunkt i kvalitativ innholdsanalyse, hvor jeg i denne studien har valgt å benytte meg av systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud (2017).

Den systematiske tekstkondenseringen handler om å gjennomføre en sortering av det samlede datamaterialet som er hentet inn gjennom intervju. Ettersom jeg selv satt igjen med 87 transkriberte sider med datamateriale, var det ett behov for å få ett overblikk og bli kjent med det datamaterialet jeg satt igjen med, samt rydde i materialet slik at den informasjonen som jeg til slutt skulle sitte igjen med kunne bidra til å belyse studiens problemstilling.

Malterud (2017, s. 98) deler gjennomføringen av analysen inn i fire ulike trinn;

- 1) Få et helhetsinntrykk*
- 2) Identifisere de meningsdannende enheter*
- 3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter*
- 4) sammenfatte betydningen av dette.*

### **4.8.1 Helhetsinntrykk**

I dette punktet av analysen skulle de 87 transkriberte sidene leses i sin helhet. Dette gjorde jeg med formål om å danne et helhetsinntrykk av den informasjonen som var kommet frem etter intervjuene. I dette trinnet var hensikten å finne frem til mulige tema ut ifra innholdet, som kunne være med på å belyse studiens problemstilling. I dette trinnet hadde jeg problemstillingen lett tilgjengelig på ett eget ark ved siden av meg som verktøy.

I denne første delen av analysen, hadde jeg fokus på å være mest mulig nøytral, ved at jeg var oppmerksom på å sette min forforståelse til siden. Dette gjorde jeg for at jeg skulle være åpen for alt av det datamaterialet som kom frem. Mine erfaringer, min forforståelse og egen kunnskap ble lagt bort slik at jeg kunne fokusere på informantenes egne erfaringer og opplevelser. Underveis i denne prosessen noterte jeg meg noen stikkord i marginen på de utskrevne intervjuene slik at jeg lett kunne finne tilbake til ulike stikkord i det videre arbeidet med analysen.

Etter at de 11 transkriberte intervjuene var lest gjennom, oppsummerte jeg mine helhetsinntrykk som til sammen skulle bli mellom fire-åtte foreløpige tema, som er etter Malterud (2017) sin anbefaling etter denne analysen.

Avslutningsvis oppsummerte jeg inntrykkene mine fra de 11 intervjuene, og endte opp med åtte foreløpige tema, som er innenfor det Malterud anbefaler (Malterud, 2017, s.99).

#### **4.8.2 Meningsdannende enheter**

I det andre trinnet av analysen til Malterud (2017) var målet å finne tre til fem reviderte foreløpige tema som skulle danne grunnlag for kodegrupper. Jeg lagde meg ett eget skjema hvor jeg tok for meg alle intervjuene og skrev ned relevante sitat og tekster. Jeg kvittet meg med den irrelevante teksten. For å skille ut hva som var relevant og irrelevant var problemstillingen nyttig å ha ved siden. På denne måten fikk jeg redusert de opprinnelige 87 transkriberte sidene ned til 46 sider med en kolonne nedover som inneholdt sitater. Jeg benyttet meg deretter av ulike farger i teksten, for å skille på de ulike foreløpige temaene, og begynte med «*koding*» (Malterud, 2017, s. 101).

Sorteringsarbeidet var nå påbegynt, og målet var å finne tre til fem reviderte foreløpige tema, som Malterud (2017) kaller for kodegrupper. Ved å benytte seg av denne analysen, ble all tekst fra intervjuene gjennomgått systematisk og grundig. Målet i denne delen av analysen, var å samle sammen de tekstene som hadde noe til felles.

Ved å benytte seg av studiens problemstilling underveis, ble sorteringsarbeidet enklere når det gjaldt å kvitte seg med tekst som ikke behøvde å være med.

I dette trinnet av analysen, oppdaget jeg noen nye tema, som medførte at teksten måtte gjennomgå i sin helhet på nytt for å sikre at alle relevante tekster og sitat var tatt med inn i videre analyse. Jeg endte til slutt opp med fem kodegrupper som skulle være med i videre analyse, som er maksimum av det Malterud (2017) anbefaler. Endringer ble notert ned i arbeidsskjemaet mitt over fargelagte sitater og foreløpige tema.

#### **4.8.3 Abstrahere innholdet i de meningsbærende enheter**

I dette tredje trinnet av analysen satt jeg igjen med fem kodegrupper. Innenfor de fem kodegruppene, ble teksten på nytt gjennomgått for å sikre at alle de meningsbærende enhetene hadde sin tilhørighet innenfor de ulike kodegruppene, og eventuelt se nærmere på hvilken kodegruppe de tilhørte.

Denne sorteringsjobben, under dette trinnet var en lærerik prosess hvor jeg opplevde at jeg

brukte lang tid på å komme videre i analyse-prosessen. Når jeg omsider hadde knekt koden, opplevde jeg selve sorteringsarbeidet som spennende og kjekt.

Avslutningen på den tredje fasen var å ende opp med to til tre subgrupper som jeg kom frem til ved å drøfte innholdet med en god venn og veileder, Marianne Storm. Jeg satt til slutt igjen med tre subgrupper da jeg opplevde at datamaterialet fortsatt var for stort til å snevre det inn til to.

I følge Malterud (2017, s. 106) er subgruppen det som er analyseenheten. Det skulle videre lages ett kondensat – et kunstig sitat. Målet var å sette sammen de enkelte meningsbærende enhetene over i en mer generell form.

I dette trinnet benyttet jeg meg av utklippede sitat, og plasserte de på gulvet rundt hver enkelt subgruppe for å sortere i innholdet og i plasseringene. Til slutt skulle teksten smeltes sammen til en kunstig og redigert tekst som skulle omfatte og gjelde flere sitater / meningsbærende enheter. Sitatet skulle være med på å fortelle noe om informantenes erfaring ved bruk av tverrfaglig samarbeid.

#### **4.8.4 Sammenfatte betydningen**

I den siste og fjerde delen av analysen, brukte jeg kondensatene for å formulere en analytisk tekst hvor hver subgruppe og kodegruppe, og benyttet meg av gullsitater som belyste hovedfunnene. Det er denne delen av analysen som representerer resultatene, gjenfortelling av funnene fra intervjuene som ble gjennomført. Eksempler fra intervjuene ble benyttet for å belyse informantenes erfaringer, på en slik måte at resultatet ble representativt for det informantene fortalte.

Bakgrunn for valg av en slik trinnvis analyse-modell er at det skal bidra til å styrke muligheten for å skjerpe fokus og problemstilling, og lettere gi en totaloversikt over materialet (Malterud, 2017).

#### **4.9 Validitet og reliabilitet**

Validitet kan ses i sammenheng med tolkning og gyldigheten til de data som har blitt samlet inn (Thagard, 2013). Måleredskap som kan benyttes for å skape validitet er troverdighet, pålitelighet, overførbarhet og bekreftbarhet for å vurdere studiens kvalitet (Johannessen et al. 2010).

Reliabiliteten sier noe om troverdigheten og påliteligheten av de resultatene som fremkommer som resultat. I min studie vil det være viktig at resultatene er i tråd med det som har fremkommet under intervjuene.

Jeg gjorde noen trinn for å ivareta validiteten i denne studien. Jeg benyttet anledningen til å gjennomgå intervjuguide sammen med min veileder, for å sikre at de spørsmål som forelå skulle gi informantene en mulighet til å svare mest mulig åpent om egne erfaringer og opplevelser. Det var eksempelvis fokus på å spørre etter «hvordan oppleves» fremfor «opplever du at». Sistnevnte spørsmål ville om mulig kunne ha ført til at spørsmålet opplevdes ledende og lukket, og informasjon og beskrivelser fra informanten kunne blitt annerledes.

Det ble videre flere ganger i løpet av et intervju utført en deltakersjekk; «har jeg forstått deg riktig når du sier». Dette for å sikre at egen oppfatning samstemmer med det informanten forteller. Dette styrker intersubjektivitet mellom den som intervjuer og den som intervjes (Malterud, 2017).

#### **4.10 Forskningsetiske overveielser og vurderinger**

I løpet av min studie har jeg intervjuet personer med ulike faglige perspektiver og yrker. De er profesjonsutøvere som bruker faglig skjønn og erfaringer i sitt arbeid, og de har alle sin egen forforståelse av det tema som intervjes om. De som intervjes har på forhånd samtykket til å delta i studien i tråd med forskningsetiske retningslinjer Helsinkideklarasjonen (The World Medical Association 1964) (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Deltakerne har gitt et informert samtykke, og har fått informasjon om deres muligheter for å trekke seg dersom det skulle være aktuelt av ulike årsaker. Informantene har videre fått informasjon om hva deres intervju skal brukes til, og hvordan informasjonen vil bli oppbevart under denne aktuelle studien. Alle er kjent med at det ble benyttet digital lydopptaker i intervjuet.

Intervjuene ble kodet slik at anonymiteten til informantene skulle bevares, og lydfilene ble lagret på en kryptert minnepenn, slik at informasjonen fra intervjuene ikke skulle havne hos uvedkommende. Jeg måtte installere et eget dataprogram som heter VeraCrypt for å ivareta nødvendig personvern. Veiledning om fremgangsmåten for å ivareta personvernet fikk jeg av datakyndige ved IT avdelingen ved Universitetet i Stavanger.

Jeg har videre vært opptatt av hvordan informantenes konfidensialitet/anonymitet skal ivaretas, og har sikret dette med at deres navn ikke vil bli nevnt i oppgaven. Jeg vil referere til helsesykepleier eller barnevernansatt i oppgaven for å generalisere og ivareta vedkommende sin anonymitet. De ulike kommunene som informantene er fra, er heller ikke nevnt i oppgaven. Alle informantene har fått informasjon om at deres opplysninger vil bli slettet ved ferdigstilling av denne studien.

Videre er det viktig å belyse at helsepersonell, dermed alle informantene, har taushetsplikt. Intervjuet har ikke som formål å skaffe opplysninger som kan identifisere barn, familier eller annen taushetsbelagt informasjon. Identifiserende bakgrunnsopplysninger utelates i intervjuene, og eksempler brukes ved forsiktighet.

Studien er gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen (The World Medical Association 1964), som er en form for etisk grunnlov for forskning på mennesker. Sentralt for denne deklarasjonen er informasjon, samtykke og rett til medvirkning, samt at det forskningsetiske ansvaret ligger hos forskeren, som i denne studien er meg.

Prosjektet er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD), og ble godkjent før igangsettelse. Referanse nr. 524275.

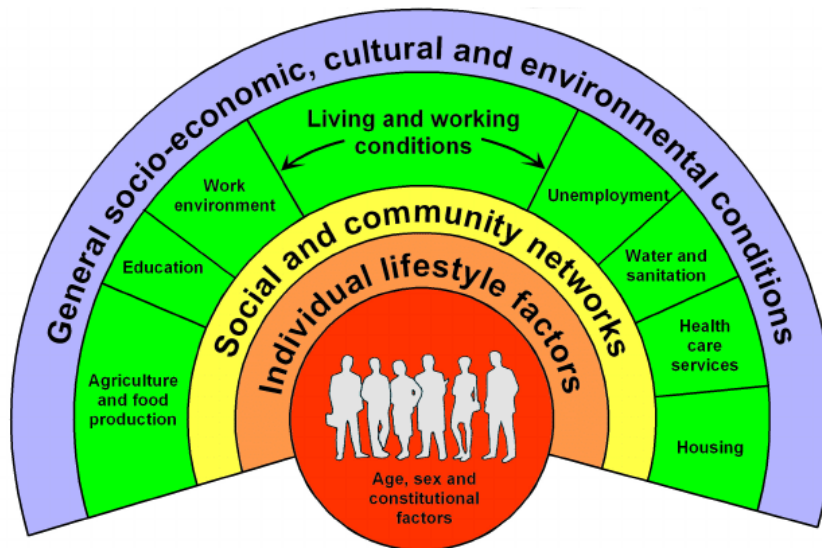
## **5.0 Teori**

I denne delen av oppgaven skal jeg redegjør for viktige teoretiske perspektiver om påvirkningsfaktorer for helse, også kalt helsedeterminanter. Videre skal jeg vise til teori om helsefremming og forebygging, tverrfaglig samarbeid og samarbeid, samt belyse verdien av befolkningens mulighet til å medvirke i egen situasjon.

### **5.1 Helsedeterminanter og påvirkningsfaktorer for helse**

Det er visse egenskaper eller faktorer som kan være med på å påvirke helsen, derav også den psykiske helsen. Dahlgren og Whitehead (1991) benytter seg av begrepet om helsedeterminanter – de determinantene eller egenskapene som er med på å påvirke helsen; livsstil, familie og sosialt nettverk, nærmiljø og arbeidsliv. Helsedeterminantene er i samspill med hverandre, og påvirker hverandre i et livslangt løp.

I figur 1, finner en Dahlgren og Whitehead (1991) sin modell over de viktigste påvirkningsfaktorene som handler om, og påvirker helsen. Egenskaper som er helt upåvirkelige som eksempelvis kjønn, alder og arvelige faktorer (biologi) er kjernen, og presenterer de iboende egenskaper som en person har, personens sårbarheter og robusthet. Vi kaller det en individuell disposisjon for helse.



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

Figur 1: Dahlgren og Whitehead (1991)

Deretter er det de ytre påvirkningsfaktorene. Personens livsstil som ikke bare påvirkes av personens egne valg, men også påvirkninger av omgivelsene. Eksempler på egenskaper som kan påvirke livsstilen er blant annet mat og kosthold, tobakk, alkohol og illegale rusmidler, fysisk aktivitet, og seksualatferd. Det sosiale nettverket og nærmiljøet en lever i er også en ytre påvirkningsfaktor. Man inngår i sosialt samspill med andre mennesker, og har en gjensidig påvirkningskraft av og til de rundt. De nærmeste personene som familie, venner og tilhørighet i nærmiljøet er viktige helsedeterminanter, faktorer som er viktige for å utvikle en god og sunn helse.

I det tredje laget, merket grønt i figuren, er de ytre påvirkningsfaktorene som finnes av materielle forhold, knyttet til bolig, ernæring, vann og avløp, utdanning og arbeid, arbeidsledighet, og helsetjenester. Dette er leve- og arbeidsvilkår som i stor grad påvirkes av samfunnet og de politiske, kulturelle og økonomiske forhold, som tilhører den blå og siste sirkelen.

Den medisinskforebyggende praksisen har til nå fokusert i stor grad på de biologiske og atferdsmessige faktorene. Modellen til Dahlgren og Whitehead (1991) tar utgangspunkt i at de faktorene, helsedeterminantene, er i samspill med hverandre. De må supplere hverandre for å danne en forståelse av folkehelse. Av figuren fremkommer det at de viktigste faktorene for befolkningen er knyttet til de politiske føringer og beslutninger som er, samt de økonomiske forholdene som er i samfunnet (Mæland, 2016).

Barn med trygge og gode familieforhold, et stabilt nærmiljø og sosialt nettverk, er i større grad rustet til å takle motgang. Stimulerende arbeid- og lokalmiljø er faktorer som er med på å gi god helse – de virker helsefremmende. På samme måte, kan dårlige familiære forhold, vansker i sosiale relasjoner, mangel på arbeid og lignende bidra til å hemme helsen. De sosiale helsedeterminantene kan altså både være helsefremmende, og helsehemmende (Mæland, 2016).

## **5.2 Forebygging**

Det finner noen ulike måter å drive forebygging på. Mrazek og Haggerty (1994) introduserte 3 nye begreper om forebygging: *universell, selektiv og indikativ*.

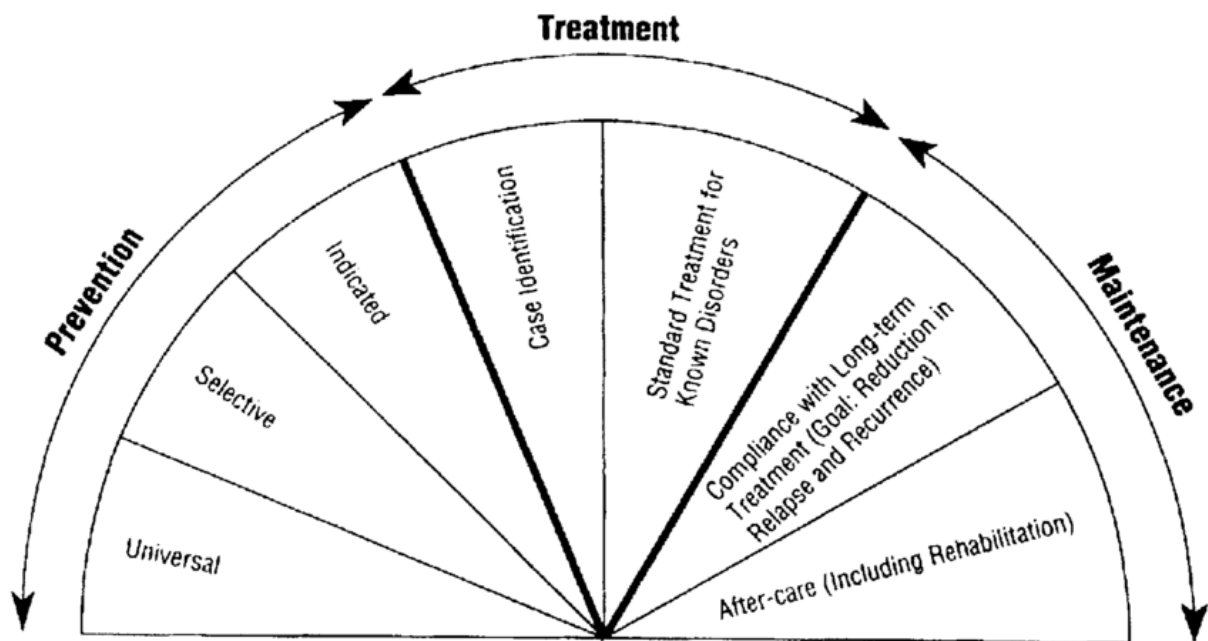
*Universell forebygging* er når tiltakene kan rettes mot folk flest, eller mot hele befolkningen. Tiltakene kan komme alle i befolkningen til gode, ved at den gjerne har små effekter på den enkelte person, men som har en stor effekt for samfunnet når den gjelder for mange personer. Eksempler på universell forebygging er generell oppfølging, råd og veiledning til blivende foreldre eller parterapi for kommende ektepar, for å unngå skilsmisse. For at tiltakene skal komme befolkningen til gode, skal den ikke være en dyr kostnad i forhold til tiltakets art. (Mrazek og Haggerty, 1994).

*Den selektive forebyggingen* (grupperettet forebygging) er tiltak som rettes mot særlige grupper som er i risikozonen for å utvikle en sykdom. Risikoen er basert på helsedeterminanter som gjelder både for miljøet, og for individet. Gruppetiltakene er ikke tiltenkt å tjene hele samfunnet, men har best forebyggende effekt for den enkelte person, og den tiltenkte gruppen. Eksempler på dette kan være hjemmebesøk av helsesykepleier etter fødsel, veiing og oppfølging av barn med lavere fødselsvekt, førskoleprogram og lignende. Kostnadene skal være moderate, og effekten av tiltaket skal ikke ha en negativ effekt (Mrazek og Haggerty, 1994, s.23).

*Indikativ forebygging* (Den individrettede forebyggingen) er rettet personer som har en særlig høy risiko for å utvikle utfordringer, eller som allerede har ett høyt symptomnivå.

Individrettet forebygging har ofte god effekt for den enkelte personen som det gjelder, men er av liten eller mindre betydning for den generelle folkehelsen eller befolkningen/samfunnet ellers. Det forebyggende tiltaket retter seg inn mot de som eksempelvis har symptomer på depresjon, angst eller andre lidelser som ikke er alvorlige nok til at det er diagnostisert eller under behandling. (Major et al., 2011:1, s.16).

Eksempler på en indikativ eller individrettet forebygging kan være foreldreveiledning til foreldre som opplever at de har barn med særlige atferdsutfordringer. Tiltaket er tenkt å være et tiltak som er forbyggende – og i en tidlig fase av oppståtte utfordringer. Kostnadene for tiltak innenfor indikativ forebygging være høye, men nødvendige (Mrazek og Haggerty, 1994).



Figur 2: Forebygging og behandling i intervensjoner for mental helse. Mrazek og Haggarty (1994).

### 5.3 Helsefremming

I Ottawa, 21. november 1986, holdt Verdens helseorganisasjon (WHO) den første internasjonale konferansen hvor målet var å sette fokus på helsefremming. Under konferansen i Ottawa ble helsefremming definert som:



*«Proessen som gjør det mulig for mennesker å øke kontroll over helsedeterminanter for å forbedre deres helse, som gjør det mulig å leve et aktivt og produktivt liv» (WHO, 1986, s.1)*

Kjernen var fokus på tverrsektorielt og intersektorielt samarbeid, hvor koordinerte handlinger kunne tenkes å være avgjørende for helsefremmingen.

Med begrepet helsefremming, flyttet WHO (1984) fokuset fra forebygging av spesifikke sykdommer eller risiko for sykdom, og over til fokus på helse og velvære hos hele befolkningen. Befolkningen selv skulle få delta i å definere det som oppleves som utfordrende eller relevant for dem i samfunnet. Fageksperter som arbeider med diagnostiske kriterier, skulle ikke alene få definere hva som var utfordrende for befolkningen. Lærere, helsesykepleiere, arbeidsgivere og sosialarbeidere er alle sentrale aktører i helsefremming. Helse burde bli mer sett på som et kollektivt ansvar i samfunnet. Helse er ett område som trenger å bli prioritert av organisasjoner og beslutningsmyndigheter som eksempelvis regjeringen i de avgjørelsene som skal tas når det gjelder helseperspektiv og helsefremming (Naidoo og Wills, 2016).

Økt kunnskap om hvordan helsedeterminantene er i samspill og påvirkes av hverandre, samt økt kunnskap om hvor mye det sosiale samspillet og levevilkårene kan bidra til å påvirke den langsiktige helsen hos mennesker, ligger mye av det helsefremmende arbeidet på et politisk og økonomisk nivå i samfunnet (Dahlgren og Whitehead, 1991).

Helsefremmende arbeid handler i stor grad om hvordan politikken er utformet, og hvordan samfunnet påvirkes og er i utvikling. Helsefremming og forebyggende arbeid, retter seg derfor om ett strukturelt forhold, som ligger i politiske føringer. Myndighetene går inn og tar ansvar for helsen til befolkningen ved å blant annet legge til rette for gode oppvekstvilkår, helsetjenester, og legger til rette for fordeling av midler til dette. Dette er en del av satsingen i det nye folkehelsearbeidet (Mæland, 2016).

Definisjonen av helsefremming er sammensatt og kompleks. Bunton og McDonald (2002:6) problematiserer begrepet ved at de stiller spørsmål til om helsefremming blir sett på som et begrep som dekker aktivitetene til en rekke av profesjonelle aktører som forplikter seg til å lære opp befolkningen om hvordan de kan forbedre sin helse, eller om helsefremmingen i seg selv er disiplinær og opplærende (Green, Cross, Woodall og Tones, 2019, s. 18).

Fokuset om helsefremming kan spores helt tilbake til 1945 da Henry Sigerisk beskrev fire oppgaver innenfor medisins-fagområdet. Han beskrev at de fire oppgavene bestod av helsefremming, forebygging av sykdom, gjenoppbygging, og rehabilitering av de syke (Green et al., 2019).

Rundt 1970-tallet ble terminologien om helsefremming ett mer spesifikt konsept, og gikk mer i retning av en bevegelse, opplæring og profesjon. Det som blir vektlagt i helsefremmingen er selve læringen om helsen, det å nå ut med informasjon til befolkningen. På den ene siden blir det lagt vekt på læring om hva som kan forebygge sykdom, sett ut ifra ett psykologisk perspektiv hvor målet er å endre en atferd. På den andre siden blir det vektlagt at befolkningen skulle få god nok informasjon om helsen, som førte til at de skulle kunne ta gode valg for seg selv, den lærings-baserte tilnærmingen (Green et al., 2019).

Forebyggende helsearbeid kan drives på mange plan – både på ett individnivå, men også på ett tverrsektorielt nivå. Forebyggende helsearbeid handler i stor grad om å unngå psykiske uhelse og langvarige lidelser. Målet er å styrke de generelle ressurser befolkningen har for bedre den mentale helsen. Tidlig innsats, det vil si der hvor en på ett tidlig tidspunkt setter inn forebyggende tiltak rettet mot personer og grupper som er i en risiko, blir påpekt som svært viktig. Det er tre viktige hovedpunkter når det gjelder forebygging og strategier; *Trygge og gode oppvekstvilkår, Utviklende og meningsfull tilværelse, Støttende og stimulerende omgivelser* (Mæland, 2016).

Innsatsen som settes inn på ett tidlig tidspunkt som er rettet mot barn og unge allerede fra fødselen av, er en av de viktigste satsningsområdene i det forebyggende helsearbeidet. Innsatsen starter ofte hos helsestasjonen, hos jordmødrene ved å ha oppfølging under svangerskap, kontakt og konsultasjoner med helsesykepleiere etter fødsel. De første leveårene til barnet er viktige, da det er her en legger grunnlaget for hvordan utviklingen hos det lille barnet blir i forhold til den mentale helsen. Grunnstenene for den mentale helsen til spe og småbarn er med på å prege den mentale helsen i oppveksten og voksenlivet.

God veiledning og støttetiltak fra helsestasjon til foreldre som har behov for det, et godt nærmiljø som barnehager og skole, samt innsats fra PPT (Pedagogisk psykologisk tjeneste) og barnevern er noe av det Mæland (2016) peker på som viktige tiltak. Samfunnet bør legge til rette for at småbarnsfamilier får gode levevilkår, at de får en utviklende og meningsfull tilværelse, og at selvtillit og følelse av mestring bygges opp. Mennesker har et grunnleggende

behov for å oppleve selvrealisering. Det å bruke sine forutsetninger og muligheter, og skape gode relasjoner til andre er med på å styrke selvrealiseringen (Mæland, 2016).

Utdanning, arbeidsmuligheter og sosialt nettverk er viktige faktorer for å lykkes senere i livet, samt for å unngå å utvikle en destruktiv livsstil. Støttende og stimulerende omgivelser er også viktige faktorer. Vi mennesker møter på motstand og påkjenninger gjennom hele livet.

Motstand og påkjenninger bidrar til både vekst og utvikling. Støtte fra andre personer kan ofte være avgjørende, samt at en har tilgang på hjelpetilbud når en har behov for det, på et så tidlig tidspunkt som mulig (Mæland, 2016).

#### **5.4 Familierettet forebyggende arbeid**

Familien er den viktigste gruppen mennesker tilhører, og mye av fundamentet for barnas trygghet legges i familien. Familien former barnas utvikling og oppvekst, skriver Mæland (2016).

Helsesykepleiere får betegnelsen som «forebyggingsekspert» da deres primære målgruppe er barn og unge. Helsestasjonene er vel ansett blant befolkningen, og blir sett på som en viktig hjørnestein i det forebyggende arbeidet for barn- og unge. Helsesykepleiere samarbeider med flere instanser som blant annet PPT (pedagogisk psykologisk tjeneste), Barnevern, jordmortjenester, fastlege (Mæland, 2016).

Forebyggende tiltak retter seg ofte mot foreldre og helsepersonell, og de forebyggende tiltakene kan ofte handle om å endre de voksne sine egenskaper, for å endre samspillet mellom de voksne og barna. Grunnen til dette er at dette igjen skal virke positivt på barnets atferd og velvære. En viktig grunn til å gjennomføre slike intervensjoner rettet mot barn og unge, er at det skal bidra til et mer positivt utviklingsforløp, dette da det er kjent at psykiske problemer som manifesterer seg tidlig hos barn, kan få konsekvenser i voksen alder.

Hjemmemiljø og oppvekstvilkår har en stor betydning for den psykiske helsen til barn- og unge, og det er nødvendig å belyse viktigheten og effekten av å komme tidlig inn for å styrke foreldreferdigheter og samspill mellom foreldre og barn. Særlig gjør dette seg gjeldende i familier som er i høy-risiko, hvor f.eks. foreldrene selv strever med psykisk helse, rus eller vold i familien (Major et al., et.al, 2011:1).

## 5.5 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid benyttes som et middel, eller en metode for å nå de målene en har når en arbeider inn mot barn- og unge i kommunen. Det er flere faktorer for hvorfor tverrfaglig samarbeid er nødvendig og viktig. Blant annet handler det om krav til samfunnet og den utviklingen som er i samfunnet. Det er ett sterkt behov for å skreddersy de helhetlige perspektivene og tiltakene som er når det gjelder å heve frem gode oppvekstvilkår for barn- og unge (Glavin og Erdal, 2018).

Samarbeid er nødvendig for å kunne sikre og styrke det totale oppvekstmiljøet for barn- og unge. Viktigheten av å ha fokus på det forebyggende arbeidet, kan blant annet bidra til å redusere blant annet vold og overgrep. Tverrfaglig samarbeid er noe som er nødvendig for å kunne gi barn som er utsatt og i høy risiko et helhetlig hjelpetilbud (Glavin og Erdal, 2018).

Det skal gjøres en helhetlig vurdering, hvor en på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå kan gå sammen og koordinere samarbeid. Fokus skal rettes mot å kunne se helheten av barnet, ungdommen og familiens situasjon, og det handler om å kunne dele kunnskap og utvikle en felles forståelse av hva som er viktig å gjøre. Et ulikt ståsted og perspektiv på situasjonen vil prege bildet som fagpersonene danner seg, og behovet for samarbeid presses av de mål og oppgaver som den enkelte instans har ansvar for. Det ligger både muligheter og begrensninger i lovverket som fagpersonene arbeider ut ifra. Et tverrfaglig samarbeid vil gjør slik at en får frem et helhetsperspektiv, som kan bidra til å gi best mulig hjelp (Glavin og Erdal, 2018).

Faglig støtte, økt kompetanse, tidlig og bedre hjelp, effektiv ressursutnyttelse er videre noe Glavin og Erdal (2018) vektlegger. De ulike instansene kan ha god nytte av hverandre med sikte på å få til en god samhandlingskultur, skape positive holdninger til hverandre, og bidra til en økt kompetanse.

Glavin og Erdal (2018) Viser til samhandlingsreformen, som har en økt satsing på kommunale tjenester, deriblant tidlig intervensjon, forebygging og samarbeid mellom ulike instanser. Begrunnelsen er bedre kvalitet på hjelpen som barnet og familien får tilbud om. Det vektlegges at instansene har en oppdatert kunnskap på eget fagområde, men også god kunnskap til andre tjenester sin rolle og hvilke tilbud de har.

For å sikre barn riktig hjelp på ett tidlig tidspunkt, er foreldrenes involvering og medvirkning viktige for de samarbeidspartnerne som arbeider i og med familien. Tverrfaglig samarbeid gir mulighet til å sette inn tiltak på ett tidlig tidspunkt, og gir videre en mulighet til å vurdere

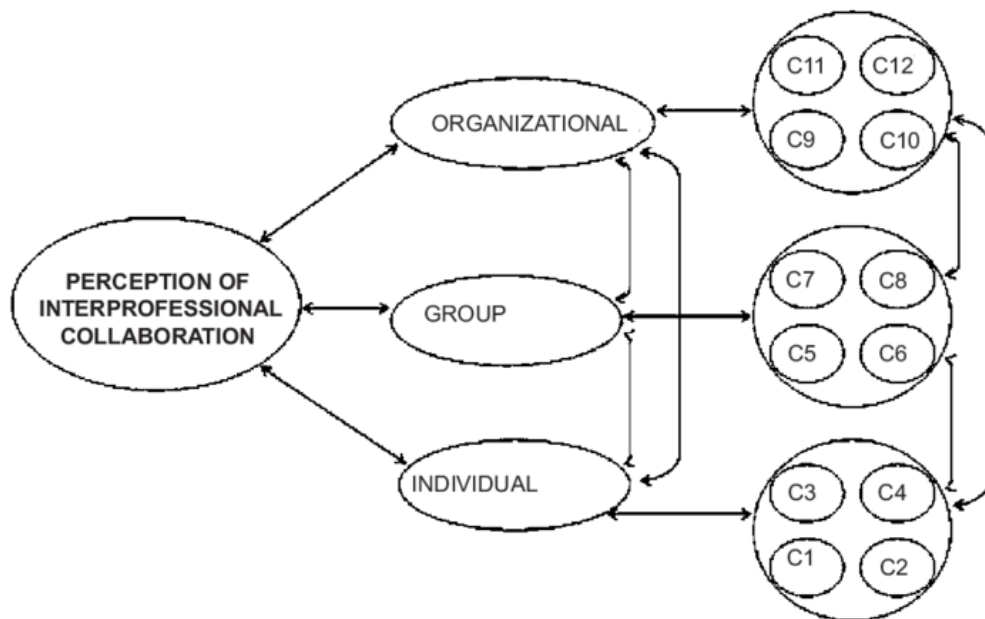
effekten av tiltakene underveis. Familiens ressurser og muligheter for å medvirke i egen sak er ett viktig perspektiv (Glavin og Erdal, 2018).

Det å bruke ressursene og de ulike instansene sin kompetanse for å samarbeide om barnets beste er en viktig del av det tverrfaglige samarbeidet. Det å kunne gi best mulig hjelp til rett tid. Dersom de ulike sektorene arbeider uavhengig av hverandre, vil det bli vanskelig å oppnå de overordnede mål. Samkjøring av kunnskap og koordinering av informasjon i tverrfaglig samarbeid bidrar til å fatte riktige beslutninger, samt iverksette riktig tiltak på ett mye tidligere tidspunkt (Glavin og Erdal, 2018).

Tverrprofesjonelt samarbeid er ett samarbeid mellom ulike profesjonsutøvere som har felles mål, oppgave eller prosjekt. Ulike profesjonsutøvere engasjerer seg i felles beslutninger og integrasjon av ulike faggruppers kunnskaper og ferdigheter. Deltakerne skaper «merviten» om ulike sider ved familien eller sakens situasjon, ved at de gir ulike bidrag til hverandre, og skaper mer kunnskap sammen. Denne kunnskapen kan ikke oppnås ved å arbeide alene. Kunnskapen skapes gjennom diskusjoner og refleksjoner mellom ulike faggrupper. Familiene og brukerne det gjelder skal ha anledning til å medvirke i egen sak, og være aktører i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Willumsen og Ødegård, 2016).

Forutsetninger og bevissthet om egen kompetanse, hva en selv representerer, samt hva andre kan bidra med inn av kompetanse og tjenester er en av mange viktige forutsetninger for et godt tverrprofesjonelt samarbeid. Fleksibilitet som et viktig stikkord for tverrprofesjonelt samarbeid, samt at de løfter frem viktighet av å ha respekt for hverandre og hverandre sine bidrag (Willumsen og Ødegård, 2016).

Det kan være utfordringer i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Organiseringen av hvordan samarbeidet fremmes eller hemmes er ett viktig fokusområde. Modellen PINCOM (Perception of Interprofessional Collaboration Model), er et nyttig verktøy i kartleggingen av hvordan ulike aktører kan oppleve, eller hvordan de konstruerer samarbeidet mellom hverandre som profesjonelle yrkesutøvere. Modellen er utarbeidet med sikte på å systematisere ulike aspekt som handler om hva samarbeid er (Willumsen og Ødegård, 2016, s.120).



C1=motivation, C2=role expectancy, C3=personality style, C4=professional power, C5=group leadership, C6=coping, C7=communication, C8=social support, C9=organizational culture, C10=organizational goal, C11=organizational domain and C12=organizational environment

Figur 3: PINCOM-modellen (opplevelser/konstruksjoner av samarbeid på tre nivåer), av Ødegård og Strype, 2009).

PINCOM (Perception of Interprofessional Collaboration Model), figur 3, ble utarbeidet av Ødegård (2006). Begrepene som inngår i modellen er hentet fra en teoretisk og empirisk posisjon innenfor feltet «interprofesjonal collaboration» (Barr et.al, 2005; Leathard, 2003). Begrepene er også av inspirasjon fra en pilotstudie gjort av Ødegård selv, samt hans egen erfaring fra psykologifeltet og erfaring fra arbeid i den pedagogisk-psykologiske tjenesten (PPT).

Som figuren over viser, fremgår det 4 sentrale aspekter som er valgt, ut fra de tre ulike nivåene (individ, gruppe og organisasjon). Aspekter som benyttes er: 1) *Motivasjon*, 2) *Rolleforventninger*, 3) *Personlig stil*, 4) *Profesjonell makt*, 5) *Gruppededelse*, 6) *Mestring*, 7) *Kommunikasjon*, 8) *Sosial støtte*, 9) *Organisasjonskultur*, 10) *Organisasjonsmål*, 11) *Organisasjonsansvar* og 12) *Organisasjonsmiljø* (Willumsen og Ødegård, 2016).

Eksempler på ulike aspekter, for å nevne noen, kan være: 1) *Rolleforventning*; Det handler eksempelvis om hvilken rolle og forventning man har til hverandre, og om det er avklarte roller, hvilken rolle man har i forhold til de man arbeider med, rollefordelinger i forhold til hvem som skal ha ansvar for hva. 2) *Personlig stil*; Hver enkelt person har videre sin egen stil, som igjen kan føre til at en har en bedre eller dårligere kjemi med hverandre, som igjen

kan påvirke det tverrfaglige samarbeidet i enkelte tilfeller. 3) *Kommunikasjon*; Hvordan en formidler informasjon og tanker, og får tilbakemeldinger fra andre aktører, samt hvordan informasjonen utveksles mellom aktørene i møtet. 4) *Organisasjonskultur*; Noen kan være mer positive til samarbeid med andre instanser enn andre, og vil der igjen gjerne ønske at det er hyppigere eller flere møter og treffpunkt. Holdninger til hverandre og til ansvarsfordelinger og det å «ta på seg oppgaver» kan også handle om organisasjonskultur (Willumsen og Ødegård, 2016).

Aspektene som inngår i PINCOM-modellen skal bidra til at de profesjonelle utøverne skal kunne øke sin bevissthet rundt hvorfor ett team fungerer godt, hvilke tiltak som må iverksettes for at det skal bli bedre, og hva som eventuelt kan forbedre samarbeidet. PINCOM bidrar i stor grad til å reflektere rundt hvordan et samarbeid kan utvikle seg, endres og bedres. Modellen er ment som en «pekepinne» på at en gjennom dialog og diskusjon mellom de profesjonelle, kan se nærmere på hvordan samarbeidet skal og kan være. Gjennom dialog og refleksjoner knyttet til de ulike 12 aspektene, vil det kunne bidra til at en identifiserer utfordringer som hemmer samarbeidet. (Willumsen og Ødegård, 2016).

For å sikre kvalitet på en samarbeidsprosess, kreves det forståelse for hvordan man kan forstå et tverrprofesjonelt samarbeid, men også hvilke sider av samarbeidet som kan forbedres. Ulike aktører med ulike forventninger vil kunne gå ut over kvaliteten i det tverrfaglige samarbeidet blant annet når det gjelder ansvarsoppfatning, målsetting og kommunikasjonen mellom aktørene som samarbeider (Willumsen og Ødegård, 2016, s. 114).

Selv om de fleste profesjonsutøverne vil kunne fortelle at de opplever behov og nytte av tverrprofesjonelt samarbeid, gjenstår det også noe når det gjelder samordning og samarbeid mellom profesjonene. Noe av det som ifølge Andersson m.fl., (2005) fremstår som synlige hovedtrekk er organisering, uklare ansvarsforhold deriblant blant annet mangelfulle rutiner og ansvarsavklaring som hindrer en positiv samarbeidsprosess, profesjonenes ulike lover og forskrifter og sprikende forståelse av blant annet håndtering av taushetsplikten, ressurser som mangelfulle økonomiske midler og nok tid, samt felles mål som medfører ulike syn på hvordan problemer forstås og håndteres som igjen hindrer positivt samarbeid (Willumsen og Ødegård, 2016, s. 117).

Det skilles på ulike typer samarbeid innad i de ulike instansene eller organisasjonene. De beskriver både internt samarbeid som noe som foregår i egen organisasjon og tjeneste, hvor fokus gjerne er knyttet til noe annet en i f.eks. ett eksternt samarbeid som ofte kan være

eksempelvis ansvarsgruppemøte hvor de profesjonelle yrkesutøverne møtes på tvers av profesjoner, fag og instanser.

Samarbeid fremstår til å være ett positivt ladet ord. Ved å utforske og klargjør hva et samarbeid er, vil det skape videre muligheter for kvaliteten i samarbeidet (Willumsen og Ødegård, 2016).

## **5.6 Medvirkning i tverrprofesjonelt samarbeid**

Definisjon som ofte er brukt når det gjelder brukermedvirkning er:

*«De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse over beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet» (St.meld. nr. 34:29 (1996-97)).*

Dette betyr at brukere, som f.eks. foreldre og de det gjelder skal være involvert i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Willumsen og Ødegård (2016, s.36).

En av de viktige grunnstenene knyttet til medvirkning, stammer fra en konferanse av WHO, Ottawa-charteret i 1986. Der ble det definert at folk skulle gjøres i stand til å øke sin egen kontroll over egen helsetilstand, og til å forbedre egen helse. Befolkningen skulle få bedre anledning til å definere egne problemer, og finner sine egne løsninger i fellesskap med andre. Dette innebar at folk skulle bli i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon, og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre. Dette definerte de som *empowerment*, og er et viktig prinsipp som benyttes i tverrfaglig samarbeid, og samarbeid med barn- og familier (WHO, 1986).

Begrepet *«empowerment»* er sentralt i det helsefremmende arbeidet. Best kan det oversettes med «å vinne større makt og kontroll over» (Mæland, 2016, s. 79).

Dette betyr at den helsefremmende ideologien bygger på enkeltindividet og fellesskapet som må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Dette betyr kunnskap ut i befolkningen, og at befolkningen og fellesskapet i større grad kan delta aktivt for å få et sunnere samfunn.

Det helsefremmende arbeidet betrakter ikke bare folk som en målgruppe, men at de er aktive samarbeidspartnere. Overført betyr dette at de ønsker å involvere de aktuelle gruppene i ulike faser av arbeidet som gjøres, når det skal settes inn de tiltak som er best. Ved å åpne opp for kommunikasjon om hvilke behov og ønsker en har, foretar målgruppen selv prioriteringer og



medvirker til gjennomføring av tiltakene. En slik bruker- og befolkningsmedvirkning forutsetter at de profesjonelle gir fra seg makt og styring. Dette er ofte positivt for de selvforsterkende sosiale prosessene, og er med på å skape en økt selvfølelse, identitet og tilhørighet (Mæland, 2016, s.79).

Kjellevold (2005b) nevner fire sentrale krav som ligger til grunn for idealet om brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene: 1) *Tjenestene skal være individuelt tilpasset*, 2) *Tjenestene skal være samordnet*, 3) *Tjenestene skal gi rom for medvirkning*, og 4) *Tjenestene skal være tilgjengelige*. Dermed kan man forstå dette slik at samspill mellom aktørene i ett tverrprofesjonelt samarbeid er en forutsetning, og at familien er en del av de aktørene. (Willumsen og Ødegård, 2016, s.36)

## 6.0 Resultater

Hensikten med denne oppgaven har vært å se nærmere på hvilke erfaringer barnevernansatte og helsesykepleiere i helsestasjonstjenester har med tverrfaglig samarbeid og forebyggende arbeid med tanke på å forebygge psykisk uhelse hos barn- og unge. I dette kapitlet vil jeg presentere de funn som er gjort etter analysen.

Resultatene presenteres som tre kategorier: «Forebygging er nyttig når vi får anledning til å arbeide slik vi kan og ønsker, men kapasitet og ressurser er en utfordring», «Felles mål, felles forståelse – det å være samkjørte er grunnleggende for godt tverrfaglig samarbeid», og «Familien og barnet i fokus – at de vet at vi er her for dem». Resultatene har der igjen underkategorier, hvor jeg trekker frem enkelte «gullsiter» som er i tråd med Malterud (2017) sin analyse om systematisk tekstkondensering. «Gullsitatene» har jeg med da de tydeliggjør det informantene erfarer og opplever i sin arbeidshverdag. Den opprinnelige ordlyden har jeg beholdt, samtidig som enkelte ord kan være endret for å ivareta informantenes anonymitet.

Overordnet så nevner flere helsesykepleiere at de savner flere ressurser inn mot det forebyggende arbeidet hos barn- og unge. De opplever å ha få ressurser, lite kapasitet, og at de blir tillagt stadig nye oppgaver i tillegg til de oppgavene som står i deres retningslinjer for helsesykepleiere, helsestasjonsprogrammet.

Barnevernansatte opplevde det tverrfaglige samarbeidet som godt, men la også vekt på at det var individuelle egenskaper hos helsesykepleiere som gjorde at de var fornøyde med det tverrfaglige samarbeidet.

Felles for helsesykepleiere og barnevernansatte var viktigheten med rolleavklaring og tydelig agenda i de tverrfaglige samarbeidsmøtene.

For å synliggjør hvordan jeg har gått frem i analysen, legges ved en tabell hvor resultatene og underkategoriene blir presentert.

<b>Resultater (3)</b>	<b>Underkategorier (1-4)</b>
«Forebygging virker når vi får anledning til å arbeide slik vi kan og ønsker, men kapasitet og ressurser er en utfordring.»	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informasjonsflyt mellom instanser som arbeider forebyggende.</li> <li>2. Vi opplever å ha god kompetanse, men lite ressurser som fører til at det er mer opp til den enkelte ansatte – det er ikke satt i system.</li> <li>3. Satsningen på psykisk helse som vi blir forespeilet av kommunen kjennes ikke ut som en fullverdig satsning – behovet for forebygging er økende.</li> <li>4. De fleste ønsker hjelp på et lavest mulig nivå hvor det fortsatt er «ufarlig».</li> </ol>
«Felles mål, felles forståelse – det å være samkjørte er grunnleggende for godt tverrfaglig samarbeid».	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Forberedelser og organisering av møtene – ønske om føringer på et systemnivå.</li> <li>2. Det er personavhengig hvordan møtene oppleves.</li> <li>3. Rolleavklaringer og forventninger en viktig forutsetning for gode tverrfaglige samarbeidsmøter.</li> <li>4. God kommunikasjon fremmer tverrfaglig samarbeid – det er ikke «jeg» meg «vi» som skal hjelpe.</li> </ol>

«Familien og barnet i fokus – at de vet at vi er her for dem».	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Det handler om å medvirke i egen situasjon.</li> <li>2. Tverrfaglige samarbeidsmøter – en kortere vei til hjelp for familien.</li> <li>3. Åpenhet og informasjon i de tverrfaglige samarbeidsmøtene kan være utfordrende sett i lys av taushetsplikten og manglende samtykke.</li> </ol>
--	--

### **6.1 «Forebygging er nyttig når vi får anledning til å arbeide slik vi kan og ønsker, men kapasitet og ressurser er en utfordring.»**

Flere av informantene beskriver at de opplever forebygging som en enormt viktig del når det gjelder å forhindre at barn og unge utvikler psykiske vansker som følger dem videre inn i voksenlivet. Informantene beskriver at de har mye god kompetanse som de tidvis opplever å ikke får benyttet seg av i den grad de føler at de har anledning til, samt at de opplever at behovet hos de unge i befolkningen øker når det gjelder ønske om hjelp på ett tidlig tidspunkt.

Flere informanter opplyser at de tenker at tidlig oppdagelse og kompetanse henger sammen, samtidig som de opplever at de har behov for mer tid enn det de har i dag. Flere informanter uavhengig av kommune og tjeneste de tilhører, beskriver at det er en satsning på forebyggende psykisk helsearbeid i kommunen, men uttrykker at de likevel opplever at det er mangel på nok ressurser i form av ansatte, samt at det er lang ventetid på tiltak som familiene burde hatt på ett tidligere tidspunkt.

Informantene uttrykker at det forebyggende arbeidet er vanskelig å måle nytten av her og nå, og at de har en tanke om at det derfor ikke blir satset mer på når det gjelder et ett høyere politisk nivå i kommunen.

#### **6.1.1 Informasjonsflyt mellom instanser som arbeider forebyggende**

Flere informanter beskriver at de savner informasjon om de ulike tilbudene som er i kommunen. Det handler i stor grad om å bli kjent med egen kommune og de tilbudene som er rundt om, samt at informantene uttrykker at de savner informasjon om andre faggrupper sitt forebyggende arbeid. Flere av informantene satte spørsmålsteget til hvilken informasjon om det forebyggende arbeidet som ble formidlet ut videre til barn, ungdom, og deres foresatte.

Mange informanter savnet at inngangen til de som arbeider forebyggende var enklere og mer synlig for barn og ungdom, samt deres foreldre. Dette da det for informantene kunne oppleves at foreldrene ikke hadde kjennskap til hvordan de kom i kontakt med hjelpen på ett lavterskelnivå, samt at flere av informantene opplevde at de selv som instans heller ikke var opplyst nok om tiltakene som de hadde på ett lavterskelnivå innad i egen kommune.

*«Det er egentlig lett tilgjengelig, men det har vært endringer i hvordan inngangen inn skal være, som fører til at det kan bli uoversiktlig for familiene, og kanskje for oss instanser rundt også.»* Barnevernansatt 2

Flere av informantene opplevde at det var utfordrende å ha god informasjon om hverandre sine ulike tiltak og tilbud, og opplevde at det å få en god kjennskap til hverandre og hva de andre kunne tilby, kunne føre til ett bedre forebyggende arbeid i forhold til at befolkningen visste hvem de kunne oppsøke, og når de kunne oppsøkes. Noen av informantene gav uttrykk for at de ønsket å gi riktig informasjon slik at familiene skulle oppleve å få den hjelpen de var i behov for.

De aller fleste informantene satte ord på at informasjon i alle ledd var en viktig del av det forebyggende arbeidet, både når det gjaldt hverandre som instanser – vite om hverandre og hva de gjør og hvordan de arbeider.

*«Hvor godt kjenner vi hverandre, hva kan vi gå sammen om, hva trenger vi ikke å gjøre – og hva kan vi gjøre. Det å kunne dytte akkurat nok. Det er vanskelig det».* Helsesykepleier 1

### **6.1.2 Vi opplever å ha god kompetanse, men lite ressurser som fører til at det er mer opp til den enkelte ansatte – det er ikke satt i system.**

Flere av informantene var trygge på at de hadde en god kompetanse til å tidlig kunne oppdage om familier hadde behov for litt ekstra hjelp på ett lavterskelnivå. Flere av informantene hadde ulike kurs-sertifiseringer, og var opptatt av både de minste barna sine behov, samtidig som de opplevde å ha et fokus på foreldrene sine ulike utfordringer og kvaliteter.

Informantene gav i stor grad uttrykk for at ved å hjelpe foreldrene til å ha det bedre, ville dette gagne barna i deres videre utvikling, og dermed virke forebyggende på barnas psykiske uhelse. Mange informanter forklarte at de arbeidet forebyggende fra de kom på arbeid, og til de gikk hjem fra arbeid, og at deres arbeidsoppgaver i det daglige er svært varierte. Mange

uttrykte at de stadig ble tillagt nye oppgaver i tillegg til sine nåværende oppgaver, som igjen førte til mindre tid pr. familie.

Flere av informantene gav uttrykk at for at de kunne kjenne på at de hadde for lite tid til rådighet når det gjaldt å kunne sette av den tiden de opplevde at familiene hadde behov for.

*«Jeg føler at vi som arbeider med de minste barna er veldig opptatt av deres behov, og at vi er flinke til å kartlegge. Men så føler jeg noen ganger; Nå er barnet kartlagt, og hva nå? Hva kan vi tilby? At vi kanskje mangler.. Vi har mye kompetanse, men lite ressurser til å sette det i et system.»* Helsesykepleier 4

Mange opplevde manglende ressurser og for lite tid til rådighet som en utfordring og frustrasjon i sitt daglige arbeid. Særlig helsesykepleiere ved helsestasjonstjenestene opplevde at de hadde kompetansen til å kunne tilby familien den riktige hjelpen på ett tidlig tidspunkt, men at «det lille ekstra» var noe som lå hos den enkelte ansatte, den sin kapasitet og engasjement, og at hjelpen derfor kunne fremstå til å bli ujevnt fordelt alt etter hvem de fikk som helsesykepleier.

*«Så er det jo noe med å arbeide med de som har særlig behov for oppfølging, hvor det på en måte blir opp til oss selv. Vil du gjør mer, så kan du det, og vil du ikke det - så trenger du ikke det. Det synes jeg er vanskelig.»* Helsesykepleier 1

*«Nå blir det jo litt opp til den enkelte på hvor mye ressurser de har til familien, om de for eksempel har COS-P eller kan tilby ICDP. Så jeg føler ikke det er tilgjengelig for «Mannen i gata» sånn som vi skulle ønske.»* Helsesykepleier 4

Flere informanter satte ord på at de likte å samle familiene i grupper da de opplevde dette som en effektiv måte å arbeide forebyggende på da mye råd og informasjon kunne nå ut til flere på samme tid. Særlig barselgrupper, og samtalegrupper med barn i skolealder ble nevnt som en effektiv og god måte å forebygge på.

Noen informanter opplevde at den forebyggende hjelpen ikke var satt i system, noe som kunne oppleves som utfordrende, samt gå ut over for de som hadde behov for hjelpen.

*«Det er vel egentlig lett tilgjengelig, men det gar vært en endring i hvordan inngangen inn til det skal være, slik at det har blitt litt uoversiktlig til slutt for både oss instanser, og familien. Jeg hadde en familie som hadde inntakssamtale i høst med et ungdomsteam hvor de skulle klarere hva som var veien videre, hvor familien ikke hørte noe mer igjen.»* Barnevernansatt 2

### **6.1.3 Satsningen på forebygging av psykisk uhelse som vi blir forespeilet av kommunen kjennes ikke ut som en satsning i praksis – behovet for forebygging er økende**

Samtidig som flere av informantene gir uttrykk for at det er et stort behov for forebyggende tiltak på alle nivå, uttrykker flere at de har en opplevelse av at ventelister for å få forebyggende hjelpetiltak blir lenger. Noen av informantene opplever at kommunen de arbeider i har en satsning på forebyggende arbeid og tidlig innsats, men opplever samtidig at ressursene som gis fra kommunen til de ulike tjenestene ikke samsvarer med det de blir forespeilet.

*«Man kan på en måte si at kapasiteten gjør at noen barn må vente lenger enn det vi skulle ønske.»* Barnevernansatt

Mange informanter opplever at det høyt oppe i kommunen signaliseres at det skal satses mer på forebyggende hjelpetiltak inn mot barn og unge. Samtidig forteller flere av informantene at de opplever at det kuttes ned på stillinger som medfører økt arbeidspress på den enkelte person og tjeneste, samtidig som det oppleves at kommunene tillegger tjenestene flere arbeidsoppgaver.

*«Jeg føler at kommunen var der for noen år siden, hvor de begynte å satse på forebyggende arbeid og begynte å bygge opp. Men så opplever vi vel kanskje at det begynner å bygges om igjen, og at vi opplever at hver hjelpeinstans får tydeligere kriterier på hvem de skal ta i mot og ikke.»* Barnevernansatt 2

*«Det er på en måte en satsning, men samtidig så blir det på en måte.. Litt for tilfeldig. Noe er kanskje personavhengig, noe er samarbeidsavhengig. Det legges jo på og på av oppgaver, sånn at alt du skal gjør skal du gjør innenfor den tiden du har. Og det blir jo ikke mindre.»*

Helsesykepleier 1

Det var en stor enighet blant informantene om at forebyggende arbeid i teorien skulle være et satsningsområde, men at deres erfaringer var at satsningen ikke var nok. Informantene opplevde det fortsatt var mye å gå på fra kommunen sin side når det gjaldt å satse på kompetanseheving til de ansatte, flere ressurser i form av tid og ansatte, og flere forebyggende tiltak som var lett tilgjengelig for familier.

#### **6.1.4 De fleste av barn, unge og deres foreldre ønsker hjelp på et lavest mulig nivå hvor det fortsatt er «ufarlig»**

Informantene gav uttrykk for at barnevernansatte står for en større makt-rolle enn det en helsesykepleiere gjør. Flere helsesykepleiere gir uttrykk for at de føler seg som ufarlige i forhold til det de opplever at barneverntjenesten er, og at det derfor er enklere for barn og familier å ta kontakt med dem. Flere informanter uttrykker at de har erfaring med at det blir høyere terskel for å få hjelp på lavterskelnivå, noe som er motstridende når det gjelder å kunne arbeide godt forebyggende.

*«Det er jo ett telefonnummer og tidspunkt de kan kontakte to dager i uken, men det er blitt mye høyere terskel. Før kunne foreldre bare ringe selv, men nå må de fylle ut henvendesskjema, og det blir høyere terskel.»* Helsesykepleier 2

Noen informanter i barneverntjenesten, som arbeidet etter en modell på lavterskelnivå, gav uttrykk for at de ikke tenkte at barn, unge og deres foreldre var nok opplyst om hvordan barneverntjenesten kunne arbeide på et forebyggende nivå. De hadde erfaringer med at en i stor grad kunne gi samme hjelp til familien på et forebyggende nivå der hvor det var en høy bekymring, og at det ikke alltid var behov for at det skulle bli en barnevernssak. De uttrykte at de forebyggende instansene i like stor grad ville kunne gi god nok hjelp.

*«Jeg synes forebyggende arbeid er nyttig fordi det ikke nødvendigvis trenger å være.. En kan gi den samme hjelpen i stor grad på et forebyggende nivå som om det er en sak hos barneverntjenesten.»* Barnevernansatt 1

*«De fleste foreldre er jo redd for barnevernet, og de vet lite om hva vi gjør. De vet lite om alle oppgavene vi gjør, og det merker jeg jo.. Dersom vi kan si at vi arbeider forebyggende barnevern, trygger de.»* Barnevernansatt 1

#### **6.2 «Felles mål, felles forståelse – det å være samkjørte er grunnleggende for godt tverrfaglig samarbeid»**

Alle informantene tilbakemeldte at de var positive til tverrfaglig samarbeid, og at de opplevde tverrfaglig samarbeid som viktig i forhold til å kunne sette inn god hjelp til barn og familier. Deres erfaringer var at tverrfaglig samarbeid var svært nyttig der det fungerte godt. Nærmest alle informantene gav uttrykk for at tverrfaglig samarbeid kunne være forebyggende dersom de på ett tidlig tidspunkt fikk samlet instansene slik at de fikk samlet nødvendig informasjon.

Nærmest alle informantene gav uttrykk for at de kunne tenke seg å arbeide enda mer tverrfaglig, da de opplevde at det var store variasjoner i hyppighet og stabilitet. Flere informanter tilbakemeldte at de møtte på en del utfordringer i forbindelse med samarbeid på tvers, og at de opplevde at det å ha forståelse og kunnskap om hverandre var en særlig viktig faktor for at samarbeidet og arbeidet som ble gjort skulle fungere godt. ‘

### **6.2.1 Forberedelser og organisering av møtene – ønske om føringer på et systemnivå**

Mange informanter tilbakemeldte at det var mangler i samarbeidsmøtene, og at de kunne kjenne på savn i forhold til å være tettere i dialog med hverandre. Flere gav også uttrykk for at de lengtet etter mer stabilitet når det gjaldt å ha jevnlig samarbeidsmøter som ikke omhandlet personsaker eller familier, men på et mer overordnet systemnivå. Informantene opplevde at det var store variasjoner i hvordan de tverrfaglige samarbeidsmøtene ble prioritert, samt at de opplevde at møtene ble gjennomført sjelden og at de dermed ikke opplevde å bli godt nok kjent med hverandre, hverandres arbeidsområder, og hverandre sin faglige kunnskap og kompetanse. Det var en stor enighet blant informantene at de i større grad ønsket å kunne dele kompetansen de hadde, samt lære mer av hverandre.

Noen informanter opplevde at det under tverrfaglige møter kunne oppstå misnøye blant de ulike instansene på grunn av at en har en ulik faglig oppfatning av en problemstilling, og at det ofte kunne oppstå misnøye mellom ulike medlemmer i det tverrfaglige samarbeidsmøte.

«Jeg tenker at når instanser opplever at ting blir vanskelig, må de huske på hvor frustrasjonen skal hen. At de tar det med lederne i sitt eget system, og ikke mellom instansene i den saken det arbeides i.» barnevernansatt 2

Mange av informantene nevnte støtte fra egen ledelse som en viktig faktor for gjennomføring og fokus på tverrfaglige samarbeid. Noen informanter opplevde at det i større grad fra ledelsen var lagt opp til at de ansatte kunne bruke mer tid på tverrfaglige samarbeidsmøter, og noen informanter hadde fra ledelsen fått føringer på at tverrfaglig samarbeid med andre instanser var ett satsningsområde. Flere informanter opplevde at de gjennomførte tverrfaglige samarbeidsmøter i mye større grad enn det de gjorde tidligere, og at dette var noe som ble satset på i kommunen.



*«Jeg ser jo at det er et økt fokus i vår avdeling generelt knyttet til økt samarbeid, så det er nok mange muligheter utover det, og at vi prøver å finne ut hva som fungerer og ikke fungerer».*

Barnevernansatt 1

Noen informanter opplevde at det var en endring i hvordan de tverrfaglige samarbeidsmøtene ble gjennomført nå, i forhold til hvordan de ble gjennomført før. Noen erfarte at de tverrfaglige samarbeidsmøtene hvor de tidligere hadde kunnet drøfte saker anonymt, var erstattet med at det alltid måtte foreligge et samtykke fra partene, eksempelvis ungdommen eller foreldrene som det gjaldt. På denne måten var det variasjoner i hvor fornøyde informantene var med den nye måten å gjennomføre tverrfaglige samarbeidsmøter på, da de førte at det ble en høyere terskel for å samarbeide på et systemnivå. Noen erfarte at ledelsen ikke mente at de gamle møtene var produktive nok, og derfor ikke støttet opp om dem slik de gjorde tidligere.

*«Jeg snakket akkurat med en kollega om det. Hvor blir det av de kjekke møtene, og hvorfor er de tatt bort? Det var vel ikke produktivt nok, og derfor skal vi slutte med det. Alt som ikke er produktivt nok skal vi slutte med.»* helsesykepleier 1

Noen informanter opplevde at stabilitet i personalet som de skulle delta i tverrfaglige samarbeidsmøter i, var viktig. De opplevde at det ofte kunne være utskifting i personal, og at ledelsen ikke i like stor grad opplevde nytte av tverrfaglige samarbeidsmøter på systemnivå, og dermed ikke prioriterte dette. Noen informanter opplyste om at de ikke hadde deltatt i tverrfaglig samarbeidsmøte mellom helsestasjonstjenester og barneverntjenesten på flere år, og undret seg over hva dette handlet om, og opplevde at det var en distanse mellom barneverntjenesten og helsestasjonstjenesten.

Noen informanter opplevde at så lenge møtene var målrettede, og de hadde noe der å gjøre, så opplevde de tverrfaglige samarbeidsmøter som gode. Nærmest alle informantene erfarte at de gode tverrfaglige samarbeidsmøtene innebar å ha en god og tydelig møtestruktur og agenda, og at det var viktig at dette kom tydelig frem i møteinnkallingen. De fleste hadde erfaringer med at dersom møtet var godt forberedt, og det forelå en tydelig møteinnkalling, hadde dette en positiv effekt på de tverrfaglige samarbeidsmøtene da informantene opplevde at de tverrfaglige samarbeidsmøtene hadde mer «mål og mening».

*«Stort sett synes folk at det er positivt. Men at det noen ganger kan ta litt mye tid, det synes jeg, og at det derfor en noen møter du gjerne prioriterer bort. Å ha en tydelig agenda, det*

*synes jeg er viktig. Strukturere det litt sånn at en ikke trenger å være med på det som ikke er helt nødvendig.» Helsesykepleier 5*

### **6.2.2 Det er personavhengig hvordan møtene oppleves**

Informantene opplevde at de stort sett hadde godt utbytte av de tverrfaglige samarbeidsmøtene. De opplevde likevel at utbytte kunne være avhengig av tilfeldigheter og personlige egenskaper. Mange beskrev at de positive erfaringene de hadde med tverrfaglig samarbeid delvis var på grunn av enkelte personer sine egenskaper, blant annet den enkeltes engasjement, faglige skjønn, kapasitet og evne til å forberede møtene eller strukturere møtene. Flere informanter opplevde at det også ofte var innstillingen og holdningen til den enkelte personen som gjorde at møtene ble gode, og at det på samme måte kunne være enkelte personer som gjorde samarbeidet utfordrende.

*«Det som på en måte er gjengangeren er at det er veldig personavhengig, hvem en er i kontakt med, den sitt engasjement og dens kapasitet. For jeg har egentlig utrolig positive erfaringer med tverrfaglig samarbeid, men jeg ser jo at det er veldig personavhengig. Å det er det helt sikkert fra vår side også.» Barnevernansatt 3*

Noen informanter opplevde også at de personlige egenskapene som gjorde samarbeidet positivt, handlet om tilgjengelighet, engasjement, evne til å tenke løsningsorientert, og den enkeltes prioritering av samarbeid med andre instanser.

*«Det handler nok om forskjellige ting, både om det faglige engasjementet, men også om personlighet, tilgjengelighet, hvor påkoblet du er. Så har de nok både personlige og faglige begrunnelser, for det. Noen er veldig sånn «Det må vi få til!» og snur seg rundt. At de på en måte er genuint interesserte i å bistå til at familien og situasjonen skal bli endret eller bedret.» Barnevernansatt 3*

Noen informanter opplevde at det også kunne være enkelte personers evne til å forberede seg og planlegge møtene som bidro til at det tverrfaglige møtene fungerte godt.

*«Det senker i alle fall min frustrasjon når jeg sitter å tenker at; «her sitter vi bare å jabber». Det å ha en liten struktur og etterpå kunne si; «hva blir vi enig om nå». Men dette er jo litt personlige egenskaper og hva vi foretrekker, at det ikke bare blir prat men at det blir litt konkret å sånn.» Helsesykepleier 5*

### 6.2.3 Rolleavklaringer og forventninger en viktig forutsetning for gode tverrfaglige samarbeidsmøter

Informantene erfarte at det var viktig å ha en tydelig rolleavklaring når en deltok på tverrfaglige samarbeidsmøter. De opplevde at det var positivt at deltakerne i møtet innledet med å fortelle de andre hvem de var, og hvorfor de var i kontakt med familien det gjaldt. Videre var informantene opptatt av at en i møtet skulle ha fokus på hvem som gjorde hva ut ifra sin rolle ovenfor familien, fremfor å ha fokus på hva andre instanser ikke gjorde og burde gjort.

*«At en vet hva den andre parten kan bidra med, og hva som er mine arbeids områder, og hva som er barnevernet sitt arbeids-område.. At det liksom er avklart, på en måte.. Hva PPT kan bidra med, at en vet hva de forskjellige instansene har slik at det er avklart.. Rolleavklaring da.. Det tenker jeg er veldig viktig.»* Helsesykepleier 4

*«Det handler jo og personlige egenskaper også, men det er jo viktig at.. Alle har sitt fag og at de er opptatt av å ha respekt for individet på en måte. Og det.. Vi har jo mye av de samme etiske og yrkesetiske retningslinjene så vi tenker jo ofte litt likt sånn.»* Helsesykepleier 5

Informantene opplevde noen ganger at det kunne være litt «mange kokker og mye søl», og at noen kunne blande seg inn i, og ha mye de ville sagt i forhold til problemstillinger som ble lagt frem, og at dette særlig kunne forekomme dersom rollene ikke var tilstrekkelig avklart på forhånd.

*«Utfordringer er jo litt sånn. Holdninger vi har til hverandre. Tar vi oss tid til å faktisk sitte ned å faktisk møtes litt på tvers av instanser – får vi ryddet opp i en del situasjoner hvor noen blir kasteballer fordi en tenker «Dette gjør barnevernet» «Dette gjør helsestasjonen».*

Barnevernansatt 4

Informantene var enige om at forventninger til hverandre, forventninger til samarbeidet og de ulike rollene var en forutsetning for å få til et godt samarbeid. Flere informanter som var ansatte i barneverntjenesten opplevde at det tidvis kunne være urealistiske forventninger til dem, og at det ofte kunne oppleves at de skulle komme inn i samarbeidsmøter og «ordne opp». Noen informanter erfarte at de arbeidet best dersom de i fellesskap kunne finne gode løsninger for familien ved å uttrykke hva de kunne tilby, fremfor å ha fokus på hva de ikke kunne tilby.

*«Jeg opplever at det er veldig viktig at en ikke skjuler seg bak den der «Jeg kan ikke dette, dette er ikke vår oppgave, vi har ikke ressurser til dette», men at en er på tilbudstiden. Men jeg kjenner jo at når vi kjenner hverandre litt bedre, og har møttes noen ganger, så blir samarbeidet mye bedre. Det blir mer fokus på rolleavklaring og forventninger til hverandre. For vi opplever ikke at alle har realistiske forventninger til hva vi kan klare å få til.»*

Barnevernansatt 4

#### **6.2.4 God kommunikasjon fremmer tverrfaglig samarbeid – det er ikke «jeg» men «vi» som skal hjelpe**

Alle informantene var tydelig enig i at informasjonsflyt og samtykke til å dele informasjon på ett tidlig tidspunkt var fremmede for samarbeidet mellom instansene, og at deling av informasjon kunne bidra til å hjelpe familien på et tidlig tidspunkt. Informantene erfarte at der hvor de fikk til en god informasjonsflyt og kommunikasjon, hadde de flere positive erfaringer.

*«Kanskje barnevernet kunne kalt oss mer inn i møter, oppsummeringer slik at vi får litt mer innsikt i hva vi kan hjelpe denne familien med, hva de trenger fra oss. Så det er noe vi kjenner på. At vi gjerne ikke alltid vet at barnevernet er inne i saken, og hva kan vi hjelpe med»*

Helsesykepleier 3

Noen informanter vektla det med å ha en felles forståelse av familien og barnets situasjon, å skape en «bekymringsallianse» eller en felles forståelse som var med på å dempe en eventuell bekymring som enkelte instanser kunne sitte på.

Informantene vektla det å arbeide sammen som et «vi» fremfor å arbeide som «jeg». Det å ikke sitte alene å føle at en skulle hjelpe familien, men at en i fellesskap og ved hjelp av hverandre sin faglige kompetanse, og ulike roller og regelverk, kunne hjelpe familien med å treffe en best mulig hjelp på et tidlig tidspunkt.

Flere informanter hadde erfaringer med at det var viktig å kartlegge hvilke instanser som var i kontakt med barnet og familien på et tidlig tidspunkt.

*«Vi kan jo se noen ganger at det ikke har vært kontakt mellom de ulike instansene i saken, og at de dermed kan sitte igjen med en ganske ulik oppfatning av hva barnet sine utfordringer bunner i, og at en kan ha en ganske ulik oppfatning av hvem denne familien er.»*

Barnevernansatt 2.

Informantene vektla at ett godt tverrfaglig samarbeid og en god kommunikasjon om barnet og familien sin situasjon medførte at deres arbeid ble lettere, da en arbeidet som et system og ikke som en enkeltperson opp mot familien.

### **6.3 «Familien og barnet i fokus – at de vet at vi er her for dem.»**

Flere av informantene løftet frem barnet, ungdommen og familiens involvering som viktig, og at det i de tverrfaglige samarbeidsmøtene var viktig å huske på hvem møtene omhandlet og var for. Flere informanter beskrev de tverrfaglige samarbeidsmøtene som positive for alle deltakerne, både deltakerne i det tverrfaglige samarbeidet som bestod av instanser, men også foreldre, barn og ungdom slik at nødvendig informasjon ble gitt og mottatt.

#### **6.3.1 Det handler om å medvirke i egen situasjon – Hvem er det møtet er for**

Ett gjennomgående fokus i intervjuene var at familien skulle involveres, og gir anledning til å delta i tverrfaglige samarbeidsmøter. Både helsesykepleiere og barnevernansatte var opptatt av å sette barnet og ungdommen i fokus.

*«Det å få til ett fellesskap og samhold rundt familien slik at de får kjenne på en følelse av at vi er her for dem.»* barnevernansatt

Noen informanter satte ord på at de opplevde at det i de tverrfaglige samarbeidsmøtene var nødvendig å ha barnet, ungdommen eller familien med, for å vise at de som aktører rundt stod som en samlet enhet, hvor alle sitt felles mål var å hjelpe, og tilby en god hjelp til familiene.

*«Verdiene for meg er å sette barnet i fokus, og at en tenker barnets beste, barnets ve og vel, hvor er barnet opp i alt.»* Helsesykepleier

*«Å ta barnet alvorlig. Det er det det går på. Ta barn og foreldre på alvor, høre hva de sier og ikke hva de ikke sier. Det går på den psykiske helsen både hos foreldrene og barna. Alle har med seg en ryggsekk. Og en psykisk helse.»* Helsesykepleier 1

Flere informanter viste til at det ikke ville være til særlig god nytte å arbeide uten at familien selv var involverte da de var opptatt av at familien frivillig skulle delta, og ha et ønske om hjelp fra aktørene rundt.

### **6.3.2 Tverrfaglige samarbeidsmøter – en kortere vei til hjelp for familien**

Nærmest alle informantene satte ord på at de hadde en travel arbeidshverdag, og at dette kunne føre til at familien ikke fikk den hjelpen de burde hatt på ett tidlig nok tidspunkt. Flere informanter, særlig informanter som var ansatt i barneverntjenesten, opplevde at en ordinær undersøkelse for å kartlegge familiens situasjon var en lang prosess. Noen informanter var derfor særlig positive til tverrfaglige samarbeidsmøter rundt familien, da de opplevde at dette ville kunne bidra til en effektivisering av en slik prosess.

*«Det ville være fint å skjerme familiene for at vi skal bruke tre måneder fordi vi trenger den tiden til å koble på andre instanser, og heller får samlet de til ett eller to møter.»*

barnevernansatt

Noen informanter var særlig opptatt av at foreldrene skulle oppleve at de var viktige aktører i det tverrfaglige samarbeidet, på lik linje med de andre involverte aktørene og instansene.

*«Vi har alle våre travle hverdager, og det må passe inn. Og så tror jeg at det er viktig å få høre med foreldrene på forhånd, slik at de føler seg viktige, at det er deres barn, jeg tenker det er viktig at de føler at de er en viktig aktør på en måte.»* Helsesykepleier 5

Særlig en informant la vekt på en erfaring som ble gjort i samarbeid med en av sine ungdommer når det gjaldt å la ungdommen selv få muligheten til å delta i tverrfaglige samarbeidsmøter. Tilbakemeldingene fra ungdommen var positive, da det opplevdes enklere å samle instansene fremfor å møte fragmenterte tjenester hvor en ble nødt til å gjenta seg selv flere ganger.

*«Jeg tenker at det fungerer godt å være samkjørte. Det jeg får tilbakemeldinger fra ungdommer på, som jeg er enig i, er at det er mye greiere å sitte i lag å fortelle enn at vi skal fortelle alt det samme fem ganger i fem forskjellige møter.»* Barnevernansatt 5

### **6.3.3 Åpenhet og informasjon i de tverrfaglige samarbeidsmøtene kan være utfordrende sett i lys av taushetsplikten og manglende samtykke**

Flere informanter opplevde at det å være åpen om aktuelle bekymringer og oppståtte situasjoner kunne være utfordrende, sett i lys av taushetsplikten dersom foreldrene, ungdommen eller barnet selv ikke ønsket å dele informasjonen. I de tverrfaglige

samarbeidsmøtene opplevde informantene at de andre aktørene kunne tolke deres taushetsplikt som motvilje, og at samarbeidet på den måten kunne bli utfordrende.

*«Når vi får lov til å åpne opp og fortelle, kan det være med på å senke skuldrene til instansene rundt, som kan være med på å utforme og justere tiltaket vi har i familien. Men når familiene ikke vil, opplever jeg at de tenker at de møter på motstand, og at det gjør de andre aktørenes jobb vanskeligere.»* Barnevernansatt

Noen informanter satte ord på utfordringer der hvor de opplevde at samtykket var basert på «frivillig tvang» hvor foreldrene eller ungdommen var blitt presset til å meddele informasjon. Noen opplevde videre at det kunne være sårbart dersom det ikke var en slags kontroll på om samtykke var gitt, eller at samtykket ikke var skriftliggjort.

*«Jeg har opplevd at det har vært litt sånn.. Uavklart, og så merker jeg at samtykket fra familien kanskje ikke er helt på plass, eller at foreldrene gjerne ikke er helt enig.»*

Barnevernansatt 1

Noen informanter viste til at de savnet det som de opplevde at var «den gamle måten å gjennomføre tverrfaglige samarbeidsmøter på». De gav uttrykk for at de tidligere i samarbeidsmøter kunne drøfte anonyme saker i fellesskap, og deretter opplevde å få gode innspill fra de andre aktørene i møtet. Flere informanter opplevde at de fikk godt utbytte av slike samarbeidsmøter, og at de møtene nå var avvirket og erstattet med at det var ett krav om samtykke dersom de skulle ta opp enkelte bekymringer i tverrfaglige samarbeidsmøter.

*«Når de ble navngitt skulle de jo være til stede, og det synes jeg er helt ok. Men å kunne.. Vi får liksom ikke luftet bekymringene våre, og nå er det slik at vi må ringe til barneverntjenesten dersom vi er bekymret og drøfte anonymt, og det kan vi jo gjør når som helst. Men vi får ikke den dypere – kanskje andre har spørsmål eller lur på de samme tingene og tenker «Det var ikke dumt, slik kan jeg gå frem.»* Helsesykepleier 1

Noen informanter opplevde derfor at den nye måten å gjennomføre tverrfaglige samarbeidsmøter på, på et forebyggende nivå, kunne virke mer begrensende når det gjelder å få luftet sine tanker og bekymringer.

## **7.0 Diskusjon**

Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvilke erfaringer helsepersonell og barnevernansatte hadde gjort seg når det gjaldt å forebygge psykisk uhelse hos barn og unge, samt hvilke erfaringer de hadde gjort seg med bruk av tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode for å forebygge psykisk uhelse hos barn og unge.

I dette kapittelet vil jeg diskutere de funnene jeg har gjort meg i løpet av arbeidet med denne studien. Ved å dra frem teori som er redegjort for tidligere, vil jeg drøfte informantenes erfaringer, og hvilke muligheter og utfordringer de ser i forhold til arbeid med forebygging av psykisk uhelse, hvorfor de opplever forebygging av psykisk uhelse og tverrfaglig samarbeid som viktig, samt hva de opplever at kan være utfordrende i sitt arbeid med dette.

Under arbeidet med denne studien oppstod det også ett stort fokus på at barn, ungdom og deres foreldre er med på å medvirke i egen situasjon. Jeg vil derfor diskutere ulike utfordringer og muligheter ved informantenes erfaringer med å involvere partene i det tverrfaglige samarbeidet.

### **7.1 Kompetanse, forebygging og samarbeid**

I løpet av studien oppdaget jeg at nærmest alle informantene, både de barnevernansatte og helsesykepleierne, var opptatte av hvilken kompetanse de hadde, og hvilke muligheter de kunne hatt knyttet til å styrke den forebyggende satsningen på psykisk uhelse hos barn og unge dersom kompetanseøkning var noe som ble prioritert høyere oppe i kommunens politiske føringer. Mange informanter problematiserte at de opplevde at det var utfordrende å benytte den kompetansen de allerede hadde grunnet tidsmangel og mangel på ressurser.

Slik jeg erfarer det i møte med informantene, er ønsket om å styrke forebyggingen rettet mot barn og unges psykiske helse stor da de opplever at psykisk uhelse hos barn og unge er en økende utfordring og dermed et viktig satsningsområde. Det er ikke noe nytt å drive med forebygging, men politiske føringer og norsk lovverk er tydelige på at det er ett økende krav om at kommunene skal ha og er pliktet til å ha forebyggende tiltak jfr. Helse og omsorgstjenesteloven §§3-2 og 3-3 hvor det står at kommunen skal, og er pliktet til, å søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer.

Stortingets opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse, folkehelsemeldingen, er også ett godt eksempel på at det er et større og mer bevisst forhold på behov for å forebygge



psykisk uhelse hos barn og unge. I folkehelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019) viser de til at kommunene etterspør gode verktøy for å jobbe mer systematisk med å skape helsefremmende oppvekstmiljøer for barn og unge.

Dersom man ser nærmere på informantene i studien sine uttalelser om at de ønsker en økt kompetanse på temaet forebygging, samt at man ser i Folkehelsemeldingen at kommunene selv etterspør flere gode verktøy for å skape helsefremmende oppvekstmiljøer, kan man se at ønsket fra både fagfolk og politikere i kommunen er sammenfallende. Man kan derfor undre seg over hva som hindrer kommunene i og i større grad satse, og bevilge midler til å øke kompetansen på dette fagområdet.

I intervju med studiens informanter, er det tydelig at informantene har en opplevelse av at deres ønske om å øke sin kompetanse, og ønske om å kunne utføre sitt arbeid på en måte som de opplever er enda mer tilfredsstillende, handler om ressurser og midler som kommunen innvilger, eller som informantene opplever at de ikke innvilger. Noen informanter setter ord på at forebyggende tiltak er vanskelig å måle effekten av og at dette trolig er en årsak til at kommunen ikke satser på midler til dette i den grad de ønsker. Flere informanter opplever i tillegg at de får flere arbeidsoppgaver som fører til at deres kapasitet og ressurser blir mindre.

Et viktig aspekt er også den nye barnevernreformen – oppvekstreformen, som skal tre i kraft januar 2022. I oppvekstreformen er det også lagt føringer for at kommunene i større grad skal ha anledning til å arbeide forebyggende, samt samarbeide mer på tvers av instanser.

Grunnpilarer for reformen er at forebygging og tidlig innsats skal kunne bidra til å hindre at kommunen i større grad må gripe inn og bruke dyre tiltak.

Reformen er i seg selv ett glimrende eksempel på at forebygging av psykisk uhelse hos barn og unge er ett stort satsningsområde som er rettet mer fokus på enn tidligere. Sett i lys av informantenes opplevelse om at de stadig blir tillagt nye arbeidsoppgaver i en allerede travel hverdag, bør fokus i denne nye reformen rettes mot midler, økonomi, kapasitet og ressurser som skal gå til de som i stor grad arbeider forebyggende.

I arbeidet med denne studien, har jeg særlig blitt opptatt av koblingen som er i ferd med å skje mellom forebyggingsarbeidet og det tverrfaglige samarbeidet. Det er et spennende tema som jeg i tiden fremover tror at kommer til å bli et økt fokus på, sett i lys av den nye oppvekstreformen. Det handler om hvordan ulike faggrupper sammen kan spille hverandre gode for å kunne gi barn og unge en bedre oppvekst og psykisk helse ved å dele på

kunnskapen de har, dele på oppgaver ut ifra hva de kan bidra med og er gode på. Samtidig som det handler om å kunne være tidsbesparende, effektive, og økonomiske.

Mrazek og Haggerty (1994) hadde tidlig fokus på forebygging, og delte opp forebyggingen i tre ulike nivå; Universell, selektiv og indikativ. De viser til at den universelle forebyggingen er den som kan komme alle i befolkningen til gode, eksempelvis gjennom råd og veiledning. De viser til at tiltakene ikke skal være dyre i forhold til tiltakets art. De viser også til indikativ forebygging, som er rettet mot særlige personer. Tiltakene kan ofte være dyre, men nødvendige ut ifra den enkeltes utfordringer.

Helsesykepleiere og barnevernansatte arbeider slik jeg ser det på ulike nivå innen forebygging, men er likevel forebyggings-eksperter. Helsesykepleierne som arbeider på helsestasjonen når frem til en større del av befolkningen ved å tilby universell forebygging; de tilbyr generelle råd, og gir veiledning både i grupper og blant enkeltindivider. De opplever seg selv som ufarlige, gjerne nettopp fordi de er på et lavterskelnivå. Jeg oppfatter og tenker at de også kan være ufarlige fordi de ikke bare er lavterskel, men også fordi det er en universell forebyggingsinstans som tilbyr samme tjenester til en svært stor del av befolkningen. Barnevernansatte er i mye større grad, slik jeg ser det, forebyggende på et selektivt eller indikativt nivå. De retter forebyggingsarbeidet særlig mot de personer som er i risiko for å utvikle større utfordringer enn andre, av ulike årsaker. De oppfattes gjerne som «farligere» ettersom de treffer en mye mindre del av befolkningen, samtidig som de ikke er en instans som nødvendigvis skal rette ut mot alle.

Dahlgren og Whitehead (1991) uttrykker at helsedeterminantene er i stadig samspill med hverandre; biologi, personers livsstil og valg, det sosiale nettverket som venner og familie, samt nærmiljøet som skole, barnehage og arbeidsplass, politikk og økonomi, arbeids- og levevilkår i kommunen. Dersom man ser på alle de ulike helsedeterminantene som er i samspill med hverandre, er det forståelig å tenke at en enkelt instans eller fagperson ikke kan håndtere de ulike determinantene alene. Det er derfor nærliggende å tenke at fagfolk i samspill med hverandre også vil kunne bidra til å påvirke hvordan barn, ungdom og foreldre sin situasjon utvikler seg. Skolen er god på skole, helsesykepleiere er gode på universell forebygging og helse, og barnevern på indikativ forebygging som skal sikre at barn ikke blir vesentlig skadelidende. Barn, ungdom og foreldre er gode på seg selv. De er sentrale aktører som kan hjelpe de instanser som er rundt dem til å forstå de ulike sidene av sitt eget liv og livssituasjon. Det er i samspill med andre at man kan gjøre hverandre gode. En informant sa

det på en fin måte; «Det er ikke jeg som skal hjelpe denne ungdommen, det er vi som skal hjelpe».

## **7.2 Det tverrfaglige samarbeidet – ett sammensatt og utfordrende felt**

Alle informantene gav uttrykk for at tverrfaglig samarbeid var viktig og noe de fikk et godt utbytte av i sin arbeidshverdag. Samtidig som alle var positive til tverrfaglig samarbeid, var det likevel flere som satte ord på utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet, og pekte på at det var flere aspekter som gjorde samarbeidet både bedre, men også vanskeligere.

Sett i lys av PINCOM-modellen til Ødegård (2006), er det 12 aspekter i det tverrfaglige samarbeidet som kan fremme eller hemme det tverrfaglige samarbeidet og hvordan det oppleves for de som deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter. Ved gjennomføring av intervju av helsesykepleiere og barnevernansatte i denne studien, er det særlig 4 aspekter som peker seg ut, og som jeg ønsker å sette mest fokus på; kommunikasjon, personlige egenskaper, rolleforventninger, og organisasjonsansvar. Informantene satte videre ord på at planlegging av møtet, selve forberedelsen var viktig for å få til gode samarbeidsmøter.

Personlige egenskaper ble vektlagt som et viktig aspekt av flere informanter. Det handlet om den enkeltes engasjement, motivasjon, og vilje til å få til gode samarbeidsmøter, samt at den enkelte personen hadde gode egenskaper til å være blant annet fleksibel og raus i møte med instanser. Det kan handle om den enkeltes erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet, og hvilket utbytte den enkelte aktøren opplever å ha av de tverrfaglige samarbeidsmøtene. Dette er faktorer som igjen vil kunne føre til den enkelte aktørens ønske om, og behov for å organisere tverrfaglige samarbeidsmøter.

På en side kan det tenkes at det er en svakhet at personlige egenskaper skal legge føringer for om samarbeidet blir bra eller ei, og i hvilken grad de tverrfaglige samarbeidsmøtene blir gjennomførte og prioriterte. Det er viktig å anerkjenne at noen enkeltpersoner er mer fleksible og engasjerte enn andre, samt at noen gjerne har en større faglig trygghet og et bredere faglig perspektiv som de ønsker å dele med de rundt seg. Man kan også tenke at det er personavhengig fordi det handler om kjemi, som igjen handler om hvem en opplever å ha god kommunikasjon og dialog med. Dersom de tverrfaglige møtene i for stor grad preges av de personlige egenskapene til deltakerne, vil det gjerne kunne føre til at en opplever at det da er mangler i strukturen, forberedelsene og ledelsen i møtene, og at det er stor variasjon i hvor ofte slike tverrfaglige samarbeidsmøter blir benyttet. I min studie erfarte jeg at flere

informanter opplevde det som varierende i hvilken grad møtene var godt forberedt og planlagte. Flere informanter erfarte også at det var varierende i hvilken grad de vektet tverrfaglige samarbeidsmøter, og hvordan de opplevde at dette ble en prioritet av andre aktører. Det er derfor tenkelig at tverrfaglig samarbeid bør ha en tydelig forankring av ledelsen, samt at det bør kunne stilles større forventninger til at ledelsen løfter frem bruk av tverrfaglige samarbeidsmøter. Det kan tenkes at det på ett høyere nivå bør legges til rette for at aktørene det gjelder møter forberedt, slik at en har mest mulig like forutsetninger til å kunne være en god bidragsyter i møtet, for å kunne finne gode løsninger og gi gode innspill når det gjelder å hjelpe barnet, ungdommen eller foreldrene. Det personlige engasjementet alene kan tenkes å være sårbart i og med at de tverrfaglige samarbeidsmøtene da i større grad vil kunne variere i for stor grad ut ifra aktørens personlige engasjement, og at en på den måten ikke kan forvente en «likhet» i måten møtene organiseres og gjennomføres på.

Vedrørende kommunikasjon, var flere av informantene opptatt av at det er nødvendig med god kjennskap til hverandre og hverandres arbeidsområder og fagkunnskaper, samt informasjon om relasjon og rolle til familien.

Informantene var opptatt av hvordan de ulike aktørene i møtet tolket og brukte sin plikt til å gi relevant informasjon om barnet, ungdommen og familien, samt plikt til å gi andre opplysninger eller informasjon. Enkelte informanter opplevde taushetsplikten som hinder når det gjaldt å få til ett godt samarbeid på tvers av instanser. Særlig handler dette om ulike roller og forventninger som aktørene har til hverandre. Rolleavklaringen var derfor også særlig vektlagt av nærmest alle informantene. På ene siden handlet rolleavklaringen om de praktiske tingene; hvem leder møtet, hvem har ansvar for hva, hvilken rolle har denne aktøren i forhold til familien. På den andre siden erfarte flere at rolleavklaringen også innebar hvilke holdninger en hadde til hverandre, uavhengig av hvilken tjenestene en arbeidet i. Som tidligere beskrevet i teori, er samkjøring av kunnskap og koordinering av informasjon i tverrfaglig samarbeid noe som kan bidra til å fatte riktige beslutninger, iverksette tiltak og gi hjelp på ett tidligere tidspunkt (Glavin og Erdal, 2018). Barneverntjenesten og helsestasjonstjenestene har ulike roller og ansvarsområder, samt ulike lovverk som de forholder seg til. Det å ha ulike roller, bidrar også til at en kan oppleve at det er et faglig skille hvor en har ulike faglige vurderinger, men også ulike rammer for hvilke arbeidsoppgaver en har. Sett i lys av tverrfaglig samarbeid og forebygging av psykisk uhelse hos barn og unge, er det på ene siden viktig å huske hvilken rolle man har. På en annen side, skal ikke rollen være til hinder for å kunne bidra med gode innspill inn i ett tverrfaglig samarbeidsmøte da

hensikten er å kunne bidra med den informasjonen, det faglige skjønn, og den kompetansen som hver enkelt aktør innehar. Viktigheten av å ikke la de ulike rollene hindre godt tverrfaglig samarbeid bør løftes opp, og ut ifra studien tyder det på at informantene opplever det som viktig å være raus i de tverrfaglige samarbeidsmøtene når det gjelder å kommunisere, så langt det lar seg gjøre med tanke på taushetsplikten.

Som tidligere nevnt i oppgaven, er Glavin og Erdal (2018) opptatt av hvordan en på best mulig måte kan benytte de ressursene og den kompetansen som de ulike aktørene har, for å samarbeide om barnets beste. Dette er en vesentlig del av det tverrfaglige samarbeidet, da det er viktig å arbeide mot å ha en helhetlig forståelse, og dermed også kunne gi barnet, ungdommen og familien en helhetlig og god tjeneste. Det å kunne gjøre gode vurderinger, og treffe riktige beslutninger er derfor en essens i det å arbeide tverrfaglig. Taushetsplikten trenger ikke nødvendigvis å være til hinder for å skape et godt samarbeid mellom aktørene i ett tverrfaglig samarbeidsmøte.

Informantene opplevde at avstand til de andre aktørene var noe som kunne være utfordrende når det gjaldt tverrfaglig samarbeid. De opplevde at det kunne være en faglig avstand, en avstand i hyppighet /tidfesting av møtene, men også en fysisk avstand som medførte at det ikke var en jevn dialog og informasjonsflyt, og at kommunikasjonen dermed ble utfordrende.

Det er min oppfatning at ledelsen i de ulike tjenestene bør legge til rette for tverrfaglig samhandling, uavhengig av kapasitet og ressurser, da dette i større grad vil kunne gagne familien og barnet det gjelder når det gjelder å finne de riktige tiltakene. En helhetlig oversikt over utfordringer i familien, samt å en tydelig og god fordeling av oppgaver vil kunne bidra til effektive og treffsikre tjenester.

### **7.3 Familiens medvirkning i tverrfaglige samarbeidsmøter er en viktig forutsetning for å treffe barnet og ungdommens hjelpebehov**

Mæland (2016) vektla at familien selv var viktige aktører i det helsefremmende arbeidet, så de ble regnet som aktive samarbeidspartnere. Under studien, var de fleste informantene opptatte av at familien, ungdommen og barnet skulle involveres mest mulig i det tverrfaglige samarbeidet, da de var kjernen for saken. På den ene siden var det flere informanter som nærmest utelukkende var positive til dette. På den andre siden var flere av informantene opptatte av at de kunne oppleve det som hemmende for åpenheten og dialogen dersom barnet, ungdommen eller familien var til stede under de tverrfaglige møtene. Noen opplevde at det

var vanskeligere å sette ord på det de opplevde var vanskelig for familien, og var derfor opptatt av at familien også skulle forberedes i forkant av møtet. Noen informanter var av den oppfatning at det ikke var hensiktsmessig å organisere tverrfaglige samarbeidsmøter dersom familien selv ikke var representert i møtene.

Willumsen og Ødegård (2016) er også opptatt av at familien skal være i sentrum i det tverrprofesjonelle samarbeidet, da det er de som berøres av de beslutninger som gjøres, eller tjenester som tilbys. Det er ikke bare viktig, men nødvendig at barnet, ungdommen og familien selv får uttrykke hvordan de opplever sin egen situasjon, samt hva de ønsker å få ut av den eventuelle hjelpen de tilbys. Det å selv kunne si noe om hvilke behov en har, hvilken type hjelp de ser for seg og ønsker, samt hvilke mål de har er en viktig del av en tverrfaglig prosess da det handler om å gripe inn på mildest måte for de det gjelder. Denne studien har hovedfokus på forebygging av psykisk uhelse hos barn og unge, og handler om de frivillige tiltakene og organiseringene av hjelpetilbudene som er i kommunen – og hvordan et tverrfaglig samarbeid kan være ett godt middel i å forebygge. Det innebærer at informantene i studien i stor grad viser til de erfaringene de har når det gjelder å være i kontakt med barn, ungdom og familier som frivillig ønsker å motta hjelp for å få det bedre, samt hvordan de bedre kan forebygge at psykisk uhelse forekommer.

I løpet av studien blir partenes tilstedeværelse problematisert av noen informanter. Jeg oppfatter at informantene opplever et ubehag knyttet til å måtte si ting som kan være vanskelig for familien å høre, og at de er opptatt av at det skal gjøres på en skånsom måte for familien. Her er forberedelse ett viktig aspekt, da det handler om å fremme et samarbeid ikke bare med instanser, men også med barnet, ungdommen og familien det gjelder. Det handler om å komme i posisjon til kunne uttrykke det en er opptatt av i forkant av møte, samt at en er åpen og ærlig med familien når en introduserer hva møtet skal handle om, og hva en kommer til å ta opp i møtet. For familien sin del, handler det om å få muligheten til å være i forkant på hva som kommer.

Hensikten med de tverrfaglige samarbeidsmøtene er å få et helhetlig overblikk og en god forståelse av hvilke ulike og sammensatte utfordringer barnet, ungdommen og familien har. I et forebyggingsperspektiv handler det ofte om å komme i forkant av utfordringer, å kunne gi den riktige hjelpen, til riktig tid. Det kan tenkes at en god forberedelse, med god informasjon vil være med på å skape tillitt hos barnet, ungdommen eller familien, ved at en gir håp og formidler en følelse av at aktørene i ett tverrfaglig samarbeid er der for dem, og at en som enhet har det samme målet.

## 8. Avslutning og konklusjon

Studiens hensikt var å etablere en økt kunnskap og forståelse av hvordan tverrfaglig samarbeid kunne være med på å forebygge psykisk uhelse hos barn og ungdom. I løpet av denne studien ble det gjennomført 11 individuelle intervjuer av helsesykepleiere og barnevernansatte. Informantene ble intervjuet om sine erfaringer og opplevelser knyttet til forebygging som satsningsområde, samt hvordan tverrfaglig samarbeid kunne bli brukt for å forebygge psykisk uhelse hos barn og ungdom.

I løpet av studien gjorde jeg flere interessante funn når det gjaldt forebyggingsarbeid. Det var ulikheter i hvordan det forebyggende arbeidet innad i kommunene var organisert, og hvordan de opplevde tverrfaglig samarbeid. Dette rettet blikket mitt mot flere aspekter som gav muligheter, men også hva som kunne være utfordrende når det gjaldt forebygging og tverrfaglig samarbeid.

Det var en enighet blant alle informantene at forebygging av psykisk uhelse hos barn og ungdom var et viktig fagområde som i større grad burde bli satset mer på når det gjaldt kompetanse og ressurser. Det var også en stor enighet blant informantene at de opplevde å ha en allerede travel hverdag, og at deres kapasitet var begrenset ut ifra de oppgavene de hadde. Funnene i studien synliggjør at selv om det foreligger føringer på et politisk nivå at det er behov for en økt satsning, er erfaringene til de ansatte at det fortsatt er en vei å gå i forhold satsningen, slik at de som arbeider med forebygging skal ha bedre kapasitet og bedre kompetanse når det gjelder å forebygge. Funnene i studien tyder på at det er et økt behov for forebyggende tiltak når det gjelder barn og unges psykiske helse på ett tidlig tidspunkt, og at en bør strebe etter å starte forebyggingsarbeidet så tidlig som mulig, særlig hos de barn, ungdom og familier som er i risiko for å utvikle psykisk uhelse.

Alle informantene delte erfaringer om at de opplevde tverrfaglig samarbeid som svært nyttig i sitt arbeid mot å forebygge psykisk uhelse. Det var likevel en stor enighet blant informantene om at tverrfaglig samarbeid var komplekst, og at det var ulike aspekter som de opplevde som særlig viktig for å få til et godt tverrfaglig samarbeid. Funnene i denne studien synliggjør at det er særlig noen aspekter de opplever som nødvendige; rolleavklaring, felles mål og forståelse gjennom god kommunikasjon og informasjonsflyt, samt personlige egenskaper som var i fokus. Funnene i studien tyder på at det er behov for en tydelig ledelse som legger til rette for tverrfaglig samarbeid, samt at møtene er godt forberedte, og at aktørene i det tverrfaglige

samarbeidet er rause og fleksible når det gjelder informasjon. Informantene opplevde at tverrfaglig samarbeid var forebyggende på barn og unges psykiske helse der hvor de fikk til et godt tverrfaglig samarbeid, og hvor det var fleksible aktører, fastsatte rammer og godt forberedt, samt at aktørene hadde som felles mål å hjelpe barnet, ungdommen og foreldrene.

Studien peker også på utfordringer som kan oppstå i det tverrfaglige samarbeidet, da det er en sårbarhet knyttet til at det blir for mye opp til den enkeltes personlige egenskaper, både når det gjelder gjennomføring av møte, kapasitet og engasjement. Funnene synliggjør derfor at det er nødvendig med en tydelig ledelse som anerkjenner og forankrer tverrfaglig samarbeid som en viktig oppgave i arbeidshverdagen til helsesykepleiere og barnevernansatte.

Ett siste funn som ble oppdaget var foreldrene, barnet og ungdommen som sentrale aktører i det forebyggende og tverrfaglige samarbeidet. Til tross for at flere informanter opplevde at barnet, ungdommen og foreldrenes tilstedeværelse kunne medføre utfordringer i arbeidet, var det en stor enighet blant informantene om at barnet, ungdommen og foreldrene skulle involveres i stor grad når det gjaldt det tverrfaglige samarbeidet. Medvirkning til å forebygge psykisk uhelse, og til å bedre egen situasjon var et sentralt tema blant de fleste informantene.

Funnene i denne oppgaven er i tråd med teori som ligger til grunn i studien, både når det gjelder informantenes kunnskap om hva som kan bidra til å forebygge psykisk uhelse, men også når det gjelder muligheter og utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet.

Denne studien baserer seg på to sterke faggrupper; helsesykepleiere og barnevernansatte. De to faggruppene har en ulik arbeidshverdag, men er begge to faggrupper som arbeider forebyggende når det gjelder barn og ungdoms psykiske helse. I løpet av studien ble jeg gjort oppmerksom på at det er flere måter å arbeide forebyggende på; universell, selektiv og indikativ. Jeg har i løpet av studien erfart at informantene er opptatt av felles mål, og felles forståelse, samt at de er opptatte av å dele sin kunnskap med hverandre for å kunne yte en helhetlig og god tjeneste til barn, ungdom og foreldre.

Regjeringen har ett stort fokus på å forebygge psykisk uhelse hos barn og unge. I løpet av denne studien, oppdaget jeg at studien min tok sikte på mange av de samme aspektene som ligger til grunn for den nye barnevernreformen, som de også kaller for oppvekstreformen. Særlig spennende er denne studien, når den retter seg mot noe som er nytt, og som fremkommer til å være en slags revolusjon når det gjelder forebyggingsarbeid. Regjeringen satser på økt bruk av tverrfaglig samarbeid, og studien belyser derfor ett viktig tema om hvordan det tverrfaglige samarbeidet har potensiale til å bli enda bedre.



Oppgaven er ment til å være et spennende bidrag med kunnskap til fremtidig arbeid når det gjelder forebygging av psykisk uhelse og tverrfaglig samarbeid. Likevel belyser studien at det er behov for mer kunnskap og dybde rundt hvordan en kan forbedre både forståelsen av det tverrfaglige samarbeidet, samt hvordan ressurser kan benyttes til det forebyggende arbeidet av psykisk uhelse hos barn og ungdom.

## **9.0 Metodediskusjon**

### **9.1 Metodisk tilnærming**

I denne studien benyttet jeg kvalitativ metode, og et eksplorerende design. Den kvalitative metoden tar sikte på å forstå et sosialt fenomen, hvor det er fenomen som man ønsker å få belyst eller økt kunnskap om. Det eksplorerende designet gav meg mulighet til å gå i dybden på ulike tema, og dermed utvikle studiens problemstilling underveis slik at informantenes erfaringer kom tydelig til uttrykk.

Det var ikke aktuelt for meg å benytte meg av kvantitativ metode i denne studien, da jeg ønsket å gå i dybden og forstå hvilke erfaringer helsesykepleierne og barnevernansatte hadde gjort seg.

I studien benyttet jeg meg av semistrukturerte individuelle intervju. Dette for å få tak i den enkeltes erfaringer, samt at jeg ville gi informantene anledning til å dele det de måtte ønske. For å få til en god flyt i samtalen, samt for å få tak i mest mulig informasjon, var det naturlig at spørsmålene i intervjuet kunne tilpasses til det informanten var opptatt av, foruten om spørsmål som jeg hadde i intervjuguiden. Intervjuguiden var på forhånd gjennomgått med veileder, noe som styrker treffsikkerheten på tema under intervju. Jeg kunne valgt fokusgruppeintervju for å samle faggruppen, men ettersom jeg var ute etter den enkeltes erfaringer, er jeg at den oppfatning at informantene opplevde individuelle intervju som en trygg og god måte å gjøre det på, samt at de fikk anledning til å gå i dybden på det de måtte ønske.

### **9.2 Utvalg**

Jeg gjennomførte 11 intervju fra to ulike faggrupper; helsesykepleiere og barnevernansatte i to ulike kommuner. Fordelingen var tilnærmet 50/50 både når det gjaldt faggrupper og ulike kommuner. Bakgrunnen for dette valget var å få frem variasjon, som jeg opplever at studiens

tema krever for å få belyst problemstillingen. Flere perspektiv er med på å styrke data som fremkommer i studien.

Når det gjelder utvalget, startet jeg med å rekruttere helsesykepleiere som var ansatt på helsestasjon. I ettertid av gjennomføring av intervjuene, innså jeg at erfaringer fra skolehelsetjenester kunne vært relevante med tanke på å få ytterligere belyst studiens problemstilling, særlig med tanke på ungdom. Skolehelsetjenesten er inn under helsestasjonstjenester, men har en egen avdeling for barn og ungdom i skolealder. På bakgrunn av oppgavens omfang, ble det vurdert til å være hensiktsmessig å gjøre en avgrensning, slik at skolehelsetjenesten i denne studien ikke ble inkludert. Likevel var det noen av informantene som hadde mye av sin erfaring også fra skolehelsetjeneste. I ettertid ser jeg at jeg kunne hatt ytterligere inklusjonskriterier om erfaring fra skolehelsetjeneste, og vært enda mer strategisk i mitt utvalg.

Ettersom de to kommunene hvor informantene var fra, var organisert ulikt, samt at den ene kommunen var interkommunal og dekket tre kommuner, ser jeg i ettertid at det også kunne vært nyttig å velge to kommuner som hadde flere likheter med hverandre. Samtidig ser jeg at variasjonen fra informantenes erfaringer er med på å gi studien en god styrke.

### **9.3 Analyse og validitet**

Jeg benyttet meg i denne studien av Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) som systematisk sorterer det som fremkommer av datamateriale etter intervju. I samråd med veileder, ble vi enig om å benytte denne metoden for å analysere datamaterialet.

Malterud (2017) anbefaler at man flere sammen når en gjennomfører en analyse av datamaterialet. Jeg hadde i utgangspunktet et stort datamateriale som skulle analyseres, og det kan være en sårbarhet at jeg gjennomførte analysen i stor grad alene.

Flere trinn av analysen ble diskutert sammen med min veileder, samt at jeg fikk hjelp av en god venn som var utenforstående til studien. Dette ble også gjort for å sikre at jeg i studien fikk en distanse til temaet og problemstillingen, slik at jeg ikke skulle bli farget av min egen forforståelse. Jeg har hele veien vært bevisst rundt min egen forforståelse, og har derfor funnet det svært nyttig å diskutere med min veileder og venn som kunne stille gode og kritiske spørsmål.

Jeg nyttiggjorde meg videre av innspill og spørsmål som jeg fikk fra gruppen, samt min egen

opponent, under presentasjon av min studie så langt på masterseminarene som vi hadde gjennom høsten 2020 og våren 2021.

Det å ha en nærhet til temaet, en forforståelse og kunnskap kan både være en styrke og en sårbarhet ved studien. Jeg har hatt høyt fokus på å finne frem til mer kunnskap ved å være åpen og nøytral til informantenes erfaringer.

## **10. Studiens betydning for praksis**

Det er ønskelig at min studie skal kunne bidra med kunnskap til fagfeltet når det gjelder å benytte tverrfaglig samarbeid som en metode for å forebygge psykisk uhelse hos barn og unge. Det er mitt håp, i tråd med informantenes håp, at tverrfaglig samarbeid er noe som kan benyttes i større grad enn i dag, og at det er behov for å systematisere hvordan gjennomføringen av de tverrfaglige møtene skal være.

Det har videre gjennom arbeid med denne studien blitt tydelig at informantene opplever behov for økte midler og ressurser, slik at de i større grad skal ha kapasitet og kompetanse til å arbeide slik de selv ønsker og tenker er best når det gjelder forebygging av psykisk uhelse hos barn- og unge. Det er en stor enighet blant informantene at de opplever at det ikke gis «rett hjelp til rett tid» slik som de egentlig skulle ønske. Det er ett håp at erfaringer fra faggruppene i denne oppgaven skal kunne være med på å belyse de utfordrende sidene fra praksisfeltet, og at dette er noe som blir tatt på alvor av ledelse og de øvrige politiske aktørene i kommunen.

Studien viser at forebygging er viktig, og at tverrfaglig samarbeid er veien å gå. Det er derfor ønskelig at studien skal kunne gi ett bidrag når det gjelder å fremheve dette ytterligere, ettersom det er et svært aktuelt tema i dagens samfunn og blant dagens utøvere innen forebygging av psykisk uhelse. ‘

## **11. Forslag til videre forskning**

Sett i lys av de funn som er gjort i arbeid med denne studien, vises det til flere aspekter ved det tverrfaglige samarbeidet som kan være utfordrende og sammensatt. Tverrfaglig samarbeid er grunnleggende for å få et overordnet blikk over barn, ungdom og foreldres situasjon, og er derfor noe som er veldig aktuelt i enhver helse- og sosialarbeiders arbeidshverdag.

De ulike aspekt ved tverrfaglig samarbeid, som er pekt på i denne studien; personlige egenskaper, kommunikasjon, rolleavklaring og ledelse, gjør at jeg tenker at det er behov for å søke mer kunnskap knyttet til organiseringen og systematiseringen av hvordan tjenestene kan bli enda bedre sammen. Ettersom den nye oppvekstreformen har økt fokus på forebygging og tverrfaglig samarbeid, hadde det vært spennende og tilvirket mer kunnskap i tiden fremover hvordan den påvirker det tverrfaglige samarbeidet og måten å tenke på i praksis.

Ett spennende bidrag til forskningsområdet hadde videre vært å få ett perspektiv fra ledelsen i helse og omsorgsyrker, og et politisk perspektiv knyttet til temaet om forebygging av psykisk uhelse hos barn- og unge, sett i lys av økonomiske forutsetninger. Det er ikke tvil om at det er mange hensyn og ta, og det hadde vært spennende å få en økt innsikt og kunnskap i hva som ligger i kommunens satsningsområder i forhold til dette temaet.

## 12.0 Referanser

Aakvaag, H.F., og Strøm, I.F. (2019). *Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse om reviktimisering, helse, rus og sosiale utfordringer hos unge utsatt for vold i barndommen*. (Rapport 1/2019). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra

[https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/03/NKVTS\\_Rapport\\_1\\_19\\_web.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/03/NKVTS_Rapport_1_19_web.pdf)

Abebe, D.S., Lien, L. og Elstad, J.I. (2017) *immigrants' utilization of specialist mental health care according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2017:52(6), 679-687).

Andersson, H.W., Ose, S.O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M., og Ådnanes, M., (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. (STF79 A055025).

Trondheim: SINTEF

Argyris, C., og Schön, D.A., (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading: Addison-Wesley.

Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester*. LOV-1992-07-17-100

Barne- og familiedepartementet. (1992). *Om lov om barneverntjenester (barnevernloven)*.

(Ot.prp. nr.44 for 1991-1992)). Hentet fra: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=4&wid=c&psid=DIVL312)

[publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=4&wid=c&psid=DIVL312)

[92&paid=4&wid=c&psid=DIVL312](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1991-92&paid=4&wid=c&psid=DIVL312)

Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). *Endringer i barnevernloven*

(*barnevernsreform*).(Prop. 73 L(2016-2017)). Oslo

Barne – likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Endringer i barnevernloven*.

(Prop. 106 L (2012-2013)). Hentet fra:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/7d0ea1b89cc54939b17e69a20d5f7b48/no/pdfs/prp2](https://www.regjeringen.no/contentassets/7d0ea1b89cc54939b17e69a20d5f7b48/no/pdfs/prp201220130106000dddpdfs.pdf)

[01220130106000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/7d0ea1b89cc54939b17e69a20d5f7b48/no/pdfs/prp201220130106000dddpdfs.pdf)

Barr, Hugh, Koppel, Ivan, Reeves, Scott, Hammick, Marilyn og Freeth, Della (2005).

*Effective Interprofessional Education. Argument, Assumption & Evidence*. Oxford: Blackwell.

Bellis, M., Hughes, K., Hardcastle, k., Ashton, K., Ford, K., Quigg, Z. og Davies, A. (2017).

*The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course*

using a retrospective cohort study. *Journal of Health Services Research & policy*. 22(3): 168-177.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for future studies. (2007:14). Stockholm.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. 2014. *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults.*, *American Journal of Preventive Medicine*; 14, 245-258. Hentet 07.07.21 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/>

Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. LOV-2011-06-24-29.

Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. LOV.1967-02-10

Glavin, K., og Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis til det beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget

Helsedirektoratet. (2017). *Folkehelsepolitisk rapport 2017 Indikatorer for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet*. (IS-2698). Oslo: Helsedirektoratet

Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* LOV-2011-06-24-30.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted - til rett tid*. (Stortingsmelding Nr.47). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse*. (Prop. 121 S (2019-2024)). Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp2\\_01820190121000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp2_01820190121000dddpdfs.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018-2019). *Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn*. (Stortingsmelding Nr.19). Oslo: Statens forvaltningstjeneste

- Helsedirektoratet. (2014a). *Nytt liv og trygg barselstid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-Fullversjon.pdf>
- Helgesen, M.K., Abebe, D.S. Schou, A. (2017) *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5.utg)*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kjønstad, A. og Syse, A. (2008) *Velferdsrett II, barnevern og sosiale tjenester*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kjønstad, A. og Syse, A. (2008) *Velferdsrett I, Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- KS. (2021). *Barnevernsreformen*. Hentet av: <https://www.ks.no/fagomrader/barn-og-unge/barnevern/barnevernsreformen2/barnevernsreformen>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju (3.utg)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Leathard, A. (2003). *Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- Major, E.F., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., og Aarø, L.E. Folkehelseinstituttet. (2011). *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (2011:1). Hentet fra: [rapport-20111-bedre-fore-var---psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf.pdf](https://www.fhi.no/publ/2011/1/bedre-fore-var-psykisk-helse-helsefremmende-og-forebyggende-tiltak-og-anbefalinger-pdf) (fhi.no)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mrazek, P.J., og Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press. Tilgjengelig på: [ProQuest Ebook Cent https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.uis.no/lib/uisbib/reader.action?docID=3377478ral](https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.uis.no/lib/uisbib/reader.action?docID=3377478ral) - Reader (uis.no)  
Hentet 06.06.2021.

- Mæland, J.G (2016). *Forebyggende helsearbeid – Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Naidoo, J. og Wills, J. (2016) *Foundations for Health promotion*. England: Elsevier Health Sciences
- Skogen, J.C., Smith, O.R.F., Aarø, L.E., Siqveland, J. og Øverland, S. (2018). *Forebygging blant barn og unge. Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt (Rapport 2018)*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Strype, J., Grundhus, H., Egge, M & Ødegård, A. (2014). *Perceptions of collaboration in a Norwegian crime prevention program – psychometric properties and model development. Profession and Professionalism*, Vol 4 (3), 1-16.
- Thagard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode (4.utg.)* Bergen: Fagbokforlaget
- Torvik, F.A. og Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Omfang og konsekvenser. (Rapport 2011:4)*. Oslo: Folkehelseinstituttet
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter*. Genève: World Health Organization
- WHO. (2018). *Mental health: Strengthening our response*. Hentet av: Mental health: strengthening <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> our response (who.int)
- Willumsen, E. og Ødegård A., (2020). *Samskaping – sosial innovasjon for helse og velferd*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. og Ødegård A., (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ødegård, Atle (2006). *Perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. Interprofessional journal of integrated care*, 6. (18 December): Hentet fra: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.165/>
- Ødegård, A. og Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of interprofessional care*, 23(3):1-11.



## VEDLEGG 1) Forespørsel om deltakelse

### Vil du delta i forskningsprosjektet *”Forebygging av psykiske vansker hos barn og unge, et tverrfaglig samarbeid”?*

Dette er en forespørsel om å delta i et mastergradsprosjekt i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger for å få kunnskap om hvordan kommunene arbeider med forebygging av psykiske vansker hos barn og unge. Prosjektet har fokus på det tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjon og barneverntjenesten og tiltak for forebygging av psykiske vansker hos barn og unge.

Studien er kvalitativ, og det skal gjennomføres 10-12 individuelle intervju av helsesykepleiere og barnevernansatte i 2 ulike kommuner. De individuelle intervjuene skal gjennomføres ved å benytte en semi-strukturert intervjuguide.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med dette prosjektet er økt kunnskap om tverrfaglig samarbeid i det forebyggende arbeidet rettet mot barn. Jeg skal gjennom kvalitative intervju å undersøke hvilke erfaringer helsesykepleiere og barnevernansatte har med tverrfaglig samarbeid, samt hvordan de arbeider forebyggende i forhold til at det er lavterskeltilbud.

Studien skal undersøke av hvordan helsesykepleiere og barnevernansatte i kommunene arbeider for å forebygge psykisk uhelse hos barn, og om de opplever tverrfaglig samarbeid som hensiktsmessig og nyttig i sitt arbeid.

Helsestasjonstjenester er tidlig i kontakt med barn og familier, og har oppfølging med barnet og familien over tid. Barnevernansatte arbeider for å forebygge vesentlig skade i utvikling hos barn, samt at det er ett hjelpeapparat som ikke driver oppsøkende virksomhet, og dermed er avhengig av å ha ett godt samarbeid med andre instanser for å kunne hjelpe og forebygge.

Ved å undersøke helsesykepleiere og barnevernansatte sine erfaringer med tverrfaglig samarbeid, vil man kunne se nærmere på de muligheter og løsninger tiltaket har fremfor begrensninger. Videre skal jeg undersøke hvilke forebyggende tiltak kommunehelsetjenesten og barneverntjenesten benytter i kommunene.

## **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Min veileder på masteroppgaven er Marianne Storm, Professor ved det helsevitenskapelige fakultet på Universitetet i Stavanger.

## **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg skal kontakte virksomhetsleder i barne- og familieenheten, samt virksomhetsleder for helsestasjonstjenester i en kommune, og virksomhetsledere i barneverntjenesten og helsestasjonstjenester i annen kommune vedrørende forespørsel om deltakelse til prosjektet og rekruttering av deltakere til intervju.

Deltakere til intervju vil rekrutteres direkte via leder og være ansatte fra helsestasjonstjenester og barneverntjenester i to kommuner.

Jeg planlegger å intervju totalt 10-12 fagpersoner, med tilnærmet 50/50 fordeling av barnevernansatte i barneverntjenesten og helsesykepleiere i helsestasjonstjenestene. Dette for å få bedre kunnskap om hvordan det forebyggende arbeidet blir gjennomført.

Du får tilbud om å delta da du er helsesykepleier på helsestasjon eller ansatt i kommunens barneverntjeneste. Du arbeider med barn og unge, og har arbeidserfaring på minimum ett år i kommunen.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltakelse i prosjektet innebærer deltakelse i et individuelt intervju. Intervjuet vil gjennomføres enten i personoppmøte eller via zoom/Teams grunnet Covid-19 situasjon. Det vil i forkant av intervjuet være en foreløpig guide til intervjuet som skal gjennomføres, hvor tema, rekkefølge og spørsmål kan variere.

Helsepersonell har taushetsplikt. Intervjuet har ikke som formål å skaffe opplysninger som kan identifisere barn, familier eller annen taushetsbelagt informasjon. Identifiserende bakgrunnsopplysninger utelates i intervjuene, og eksempler brukes ved forsiktighet.

Jeg vil bruke en digital lydopptaker slik at den informasjonen som fremkommer under intervjuet ivaretas på en god måte, samt at viktige detaljer kommer med. Videre vil dette gagne både relasjon og kommunikasjonen som foregår under intervju, da fokuset vil være på kommunikasjonen og ikke notat under intervju.

Intervjuene vil antas til å vare rundt ca. 1 time.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun Universitetet i Stavanger, Marianne Storm (veileder), Constanse Iversen (oppgaveskribent) som vil ha tilgang på informasjonen.
- Opplysningene som gis vil behandles anonymisert, og navnet til informantene vil ikke bli brukt i oppgaven. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Jeg vil lagre datamaterialet og lydopptak på en trygg måte, og kryptering av lydfiler og informasjon vil bli benyttet.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven, da alle informanter vil bli anonymisert.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. For å være sikker på at prosjektet er ferdigstilt og godkjent, vil prosjektet være avsluttet innen 31.12.2021.

Alt av personopplysninger vil bli slettet. Lydfiler vil også bli slettet.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Stavanger avd. fakultet for helsevitenskap ved Marianne Storm (veileder for masteroppgaven) og Constanse Iversen (oppgaveskribent).  
Marianne Storm, professor ved fakultet for helsevitenskap ved UIS og veileder:  
[marianne.storm@uis.no](mailto:marianne.storm@uis.no)  
Constanse Iversen, masterstudent ved fakultet for helsevitenskap ved UIS:  
[cl.iversen@stud.uis.no](mailto:cl.iversen@stud.uis.no), Tlf: 92039808
- Vårt personvernombud: Rolf Jegervatn, seniorrådgiver og personvernombud ved UIS:  
[rolf.jegervatn@uis.no](mailto:rolf.jegervatn@uis.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marianne Storm  
Veileder/Professor

Constanse Iversen  
Masterstudent

## VEDLEGG 2) Samtykkeerklæring

-----

-----

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Forebygging av psykiske vansker hos barn og unge, et tverrfaglig samarbeid» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine personopplysninger lagres frem til prosjektet er avsluttet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## VEDLEGG 3) Intervjuguide

### Intervjuguide

#### **1) Yrkesfaglig bakgrunn og erfaring**

- Hva er din profesjon/utdanning?
- Hvor lenge har du arbeidet med dette?
- Har du andre erfaringer fra tidligere arbeid i forhold til forebyggende arbeid?
- Opplever du at barn og unge i kommunen mottar riktig hjelp til riktig tid ut ifra deres utvikling og behov?

#### **2) Kommunen og forebygging – deltakelse**

- Hvilke tiltak i kommunen sin satsning på forebyggende tiltak for barn og unges psykiske helse er det?
- Opplever du at kommunen satser på forebyggende tiltak for barn og unges psykiske helse?
- Legger kommunen til rette slik at du opplever å ha tid til forebygging?

#### **3) Forebyggende tiltak og erfaring/Opplevelse**

- Hvilke forebyggende tiltak er du best kjent med og arbeider mest etter/med?
- Opplever du noen tiltak som mer nyttige i forebyggingen enn andre?
- Eventuelt hvilke? BTI
- Erfarer du at de forebyggende tiltakene er lett tilgjengelige for barn og familier?

#### **4) Tverrfaglig samarbeid og erfaring /opplevelse**

- Deltar du på tverrfaglige samarbeidsmøter med andre instanser?
- Deltar du på tverrfaglige samarbeidsmøter med barneverntjenesten/helsestasjonstjenester?
- Hvilke erfaringer gjør du deg ved bruk av tverrfaglig samarbeid?
- Opplever du at de involverte instanser har lik nytte av tverrfaglig samarbeid?
- Eventuelt hvordan?
- Hvordan er de tverrfaglige samarbeidsmøtene organisert? Hvem tar initiativ, styrer møte, skriver referat?
- Hva opplever du at er viktig for at et samarbeid med andre instanser skal fungere godt?

- Hvordan opplever du at samarbeid med andre instanser kan forebygge psykiske vansker hos barn og unge?

### **5) Nytte og hensikt**

- Opplever du forebyggende arbeid som nyttig?
- Utdyp

### **6) utfordringer og muligheter videre**

- Opplever du at det er utfordringer knyttet til forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid?
- Opplever du at det er flere muligheter i det forebyggende arbeidet og tverrfaglig samarbeid?
- Samskaping og tjenesteutvikling – hvordan utvikle tverrfaglig samarbeid mellom tjenestene?
- Tilgjengelighet, digitale verktøy sett i lys av Covid-19 situasjonen.
- Bruk av teknologi og samarbeid på digitale plattformer (Covid-19)
- Oppfølging av barn og unge med digitale verktøy – Hva er fremtiden



## VEDLEGG 4) Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Forebygging av psykiske vansker hos barn og unge, et tverrfaglig samarbeid

#### Referansenummer

524275

#### Registrert

01.12.2020 av Constanse Leth Iversen - cl.iversen@stud.uis.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Storm, marianne.storm@uis.no, tlf: 48133750

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Constanse Leth Iversen, cl.iversen@stud.uis.no, tlf: 92039808

#### Prosjektperiode

23.11.2020 - 31.12.2021

#### Status

10.12.2020 - Vurdert

#### Vurdering (1)

---

##### 10.12.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 10.12.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

#### TAUSHETSPLIKT

Utvalget har taushetsplikt. Dette inkluderer helsepersonell, ansatte i barnevernet, bufetat, fosterforeldre og

fosterhjemsansvarlig. Derfor er det viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltbarn, deres familier eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at du er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates i intervjuene, som for eksempel alder, kjønn, bosted og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Du og dine informanter har et felles ansvar for at det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuene. Det kan derfor være hensiktsmessig at dere minner de ansatte om taushetsplikten og hva denne innebærer før intervjuene starter.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

OneDrive, Microsoft Teams og Zoom er databehandlere i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)