



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave i samhandling og folkehelsearbeid

MS1-306-MA-2024-VÅR-FLOW assign

### Predefinert informasjon

**Startdato:** 01-05-2024 09:00 CEST  
**Sluttdato:** 15-05-2024 14:00 CEST  
**Eksamensform:** Masteroppgave  
**Termin:** 2024 VÅR  
**Vurderingsform:** Norsk 6-trinns skala (A-F)  
**Flowkode:** 203 MS1-306 1 MA 2024 VÅR  
**Intern sensor:** (Anonymisert)

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 189

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 20804

#### Egenerklæring \*:

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 6  
**Andre medlemmer i gruppen:** 103

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller of

Nei



# MASTEROPPGAVE

Samarbeid i kommunen- tverrfaglig innsats for forebygging av psykiske plager hos barn og unge

Collaboration in the municipality- interprofessional efforts to prevent mental health issues in children and young people

**Kandidatnummer 103 & 189**

Masteroppgave i samhandling og folkehelsearbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Veileder: Frode Skorpen

Innleveringsdato 15.05.24

**Antall ord: 20 804**

## Forord

Det er med en stor glede vi presenterer denne masteroppgaven “Samarbeid i kommunen-tverrfaglig innsats for forebygging av psykiske plager hos barn og unge”. Dette markerer avslutningen på vår masterutdannelse innen samhandling og folkehelse ved Høgskolen på Vestlandet.

Det har uten tvil vært en spennende og interessant reise, og til tider en krevende prosess å stå i. Vi sitter igjen med kunnskap og erfaringer vi vet vi vil ha nytte av å bringe med oss videre i vår arbeidshverdag. Og håper denne kunnskapen også kan komme til nytte for andre.

Det vil først rettes en stor takk til de åtte informantene som delte av sine erfaringer, og satte av tid til oss. Uten dere hadde dette ikke vært gjennomførbart. Så igjen tusen takk!

Vi vil også takke vår veileder Frode for gode råd og oppmuntrende ord når det stod på som verst. Takk for gode diskusjoner, støtte og veiledning gjennom hele skriveprosessen.

Til slutt, men ikke minst ønsker vi også å takke våre nærmeste venner og familie for deres støtte og oppmuntring. Takk for at dere holdt ut med oss under denne prosessen, deres tro på oss har vært en kilde til motivasjon.

Vi håper denne oppgaven vil bidra til kunnskapsfeltet og inspirere andre til videre forskning på dette området.

Carina Pedersen Tveit & Linda Veggeberg

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Både planer og retningslinjer anbefaler at det arbeides tverrfaglig mellom instanser for å forebygge psykiske vansker hos barn og unge. Psykiske plager og lidelser er ikke uvanlig hos barn og unge, og det foreligger en høy andel barn og unge som selvrappporterer psykiske plager. Tverrfaglig samarbeid og koordinering av tjenestetilbudet i kommunen er en forutsetning for å gi barn, unge og deres familier god oppfølging. Likevel opplever mange som møter barn- og unge daglig i arbeidet sitt, at det ennå er en vei å gå for å få til et velfungerende tverrfaglig samarbeid.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan helsesykepleier og vernepleiere i kommunal sektor opplever at tverrfaglig samarbeid kan ha en forebyggende effekt på psykiske plager hos barn og unge. Studien vektla også hvilke faktorer som opplevdes fremmende eller hemmende på tverrfaglig samarbeid, og hvordan yrkesgruppene arbeidet forebyggende mot psykiske plager.

**Metode:** Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming, hvor data ble innhentet gjennom semi-strukturerte intervju med fire helsesykepleiere og fire vernepleiere, ansatt i tre ulike kommuner. Innhentet datamateriale ble analysert i tråd med Malteruds (2021) systematiske tekstkondensering.

**Resultater:** Våre funn indikerer at både helsesykepleier og vernepleier anså et velfungerende tverrfaglig samarbeid som essensielt for å forebygge psykiske vansker hos barn og unge. Informantene mente tiltak i kommunen måtte organiseres og struktureres ytterligere, slik at en kunne utøve helhetlige forebyggende tjenester ut til barn og unge. Faktorer informantene erfarte som fremmende for tverrfaglig samarbeid var; utvikling av felles mål, rolleavklaring og kjennskap til hverandres kompetanse, gode dialog og informasjonsflyt, relasjoner på tvers av instansene, de rette personene som var villige til å gjøre en innsats, god møtestruktur og en tydeligere forankring i ledelsen. Fravær av disse faktorene ville vanskeliggjøre samarbeidet og ha en hemmende effekt på det forebyggende arbeidet. Informantene opplevde å ikke arbeide forebyggende nok, og følte de drev med brannslukking. Det var et sterkt ønske fra informantene om mer tverrfaglig arbeid på

systemnivå, for å nå ut til flere på et tidligere tidspunkt. Noe de også anså som et nødvendig tiltak i forhold til forebygging blant barn og unge.

**Konklusjon:** Tverrfaglig innsats på tvers av etater er en sentral og viktig faktor for å forebygge psykiske vansker hos barn og unge. Til tross for gode planer og retningslinjer i kommunene er det enda en lang vei å gå for å nå de gode intensjonene. Organisatoriske og strukturelle forhold har en stor innvirkning på hvorvidt tverrfaglig samarbeid kan ha en forebyggende effekt for barn og unge i kommunene.

**Nøkkelord:** Tverrfaglig samarbeid, forebygging, psykisk helse, barn og unge.

## Abstract

**Background:** Both plans and guidelines recommend interdisciplinary collaboration between agencies to prevent mental health issues in children and adolescents. Mental health problems are not uncommon among this demographic, with a high proportion self-reporting such issues. Interdisciplinary collaboration and coordination of services at the municipal level are essential to provide effective support for children, adolescents, and their families. However, many professionals working with children and adolescents daily feel that there is still progress needed to achieve a well-functioning interdisciplinary collaboration.

**Purpose:** To investigate how public health nurses and social educators in the municipal sector perceive interdisciplinary collaboration as having a preventive effect on mental health issues in children and adolescents. The study also focused on identifying factors that facilitated or hindered interdisciplinary collaboration and how these professional groups engaged in preventive work against mental health issues.

**Method:** A qualitative approach was used, with data gathered through semi-structured interviews with four public health nurses and four social educators employed in three different municipalities. The collected data were analyzed following Malterud's (2021) systematic text condensation.

**Results:** Our findings indicate that both public health nurses and social educators considered well-functioning interdisciplinary collaboration essential to prevent mental health issues in children and adolescents. The informants believed that measures in the municipality needed further organization and structuring to deliver comprehensive preventive services to children and adolescents. Factors experienced by informants as facilitating interdisciplinary collaboration included developing common goals, role clarification and understanding of each other's expertise, good dialogue and information flow, cross-agency relationships, having committed individuals, effective meeting structures, and clearer leadership endorsement. The absence of these factors would hinder collaboration and have a detrimental effect on preventive work. Informants felt they were not engaging sufficiently in preventive work and often felt reactive rather than proactive. There was a strong desire

from informants for more interdisciplinary work at a systemic level to reach more individuals earlier, which they deemed necessary for effective prevention among children and adolescents.

**Conclusion:** Interdisciplinary efforts across agencies are a central and crucial factor in preventing mental health issues among children and adolescents. Despite good plans and guidelines in municipalities, there is still a long way to go to achieve the desired outcomes.

**Keywords:** Interdisciplinary collaboration, prevention, mental health, children and adolescents.



## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Hensikt og problemstilling .....	3
1.2.2	Forskningsspørsmål.....	3
1.3	Helsesykepleier og vernepleier .....	4
1.4	Avgrensing i studien.....	4
2.0	Teoretisk rammeverk .....	5
2.1	Tverrfaglig samarbeid .....	5
2.1.1	Fremmende og hemmende faktorer i tverrfaglig samarbeid.....	5
2.1.2	Tverrfaglig kommunikasjon og relasjonskompetanse .....	7
2.1.3	Pincom .....	7
2.1.4	Hvorfor tverrfaglig samarbeid i arbeid med barn og unge.....	8
2.2	Psykiske plager hos barn og unge .....	8
2.2.1	Risiko- og beskyttelsesfaktorer.....	9
2.2.2	Opplevelse av sammenheng.....	10
2.3	Forebygging.....	11
2.4	Taushetsplikt og informert samtykke .....	13
3.0	Tidligere forskning.....	14
4.0	Metode .....	17

4.1 Valg av metode .....	17
4.1.1 Vitenskapsteoretisk forankring .....	17
4.1.2 Fenomenolog .....	17
4.2 Design.....	18
4.2.1 Strategisk utvalg .....	18
4.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	19
4.2.3 Rekrutteringsprosessen .....	20
4.2.4 Beskrivelse av utvalget .....	20
4.3 Datainnsamling .....	20
4.3.1 Semistrukturerte intervju .....	21
4.3.2 Intervjuguide.....	21
4.3.3 Gjennomføring av intervju.....	21
4.3.4 Transkribering .....	22
4.4 Dataanalyse.....	23
4.4.1 Skape helhetsinntrykk .....	23
4.4.2 Meningsbærende enheter .....	24
4.4.3 Kondensering .....	24
4.4.4 Syntese.....	27
4.4.5 Forforståelse og refleksivitet.....	29
4.5 Metodiske overveielser.....	30

4.5.1 Validitet.....	30
4.5.2 Reliabilitet .....	31
4.5.3 Overførbarhet .....	32
4.6 Etikk.....	32
4.6.1 Søknad og godkjenning.....	32
4.6.2 Informert samtykke og konfidensialitet .....	33
4.6.3 Anonymisering og datalagring.....	33
5.0 Resultat.....	35
5.1 Laget rundt barnet .....	36
5.1.1 Drømmen å få det til.....	36
5.1.2 Rett person på rett plass .....	37
5.1.3 Vi må vite hva de andre kan bidra med i samarbeidet.....	38
5.1.4 Det vanskelige samarbeidet med skolen.....	39
5.2 Tidlig innsats.....	40
5.2.1 Det er brannslukking vi driver med .....	40
5.2.2 Det er lite effektivt å jobbe på individnivå .....	41
5.3 Samhandlingsfaktorer .....	42
5.3.1 Den viktige dialogen .....	42
5.3.2 Relasjonens betydning inn i det tverrfaglige samarbeidet.....	42
5.3.3 En felles innsats for barnets beste .....	43

5.3.4 Taushetspliktvansken .....	43
5.4 Organisatoriske og strukturelle forhold.....	44
5.4.1 Det må være trøkk fra toppen.....	44
5.4.2 Møtestruktur .....	45
5.4.3 Det er en skyvmentalitet .....	45
6.0 Diskusjon .....	47
6.1 Veien til et velfungerende tverrfaglig samarbeid .....	47
6.1.1 Betydningen av å sette felles mål.....	48
6.1.2 Å utvikle en felles problemforståelse gjennom å forstå egen og andres kompetanse .....	49
6.1.3 Når samarbeidet blir personavhengig .....	51
6.1.4 Betydningen av kommunikasjon og relasjonelle forhold .....	52
6.2 Tverrfaglig samarbeid forankret i ledelsen.....	54
6.2.1 Et ønske om å ha strukturelle forhold på plass .....	55
6.3 Forebygging fremfor brannslukking.....	57
6.3.1 Forebygging på systemnivå .....	59
6.4 Metodediskusjon .....	61
6.4.1 Forskningsdesign .....	61
6.4.2 Utvalg.....	62
6.4.3 Forskerrollen.....	63
7.0 Avslutning med implikasjoner for praksis og videre forskning .....	64

8.0 Referanseliste .....	67
Vedlegg .....	72
Vedlegg 1: Godkjenning fra SIKT .....	72
Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema .....	73
Vedlegg 3: Intervjuguide .....	77

## Tabeller

Tabell 1- Innledende kodegrupper med tilhørende subgrupper	s. 25
Tabell 2- Kodegrupper med tilhørende subgrupper etter analysetrinn 3	s. 26
Tabell 3- Analyseprosessen gjennom trinn 2-4	s. 27
Tabell 4- Hovedkategorier og subgrupper etter analyse	s. 36

## 1.0 Innledning

I 2012 ble samhandlingsreformen iverksatt, og med det fikk kommunene et større ansvar i å ivareta folkehelsen, gi individuell oppfølging, sørge for tidlig intervensjon og større helhetstenkning (Willumsen, Sirnes & Ødegård, 2016, s. 17; Glavin & Erdal, 2018, s. 19).

Kommunen har etter folkehelseloven et ansvar for å forebygge psykisk sykdom (Folkehelseloven, 2011, § 4). For å oppfylle dette ansvaret skal kommunen blant annet tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, samt samarbeide tverrfaglig når det er nødvendig for å gi brukeren helhetlige tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1, 3-2 & 3-4).

Nasjonal veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier (Helsedirektoratet, 2022, s.5-7) gir blant andre kommunen plikt til å samarbeide på systemnivå og individnivå. Formålet med dette er at tjenestene skal lykkes med forebyggende arbeid, og gi rett hjelp til rett tid til barn og unge som trenger det.

Høsten 2023 ble det publisert en ny veileder, "psykisk helsearbeid barn og unge" (Helsedirektoratet, 2023). Veilederen gir kommunen ansvar for å tilrettelegge for et tverrsektorielt samarbeid på systemnivå. Dette for å gi samordnet hjelp til barn og unge med psykiske plager, og sørge for en helsetjeneste som er tilgjengelig, og som jobber tverrfaglig for å gi tidlig hjelp til barn og unge med psykiske plager (Helsedirektoratet, 2023, s.4).

Ifølge folkehelse rapporten (Bang, Hartz, Furu, Odsbu, Handal & Torgersen, 2023, kapittel *psykiske plager hos barn og unge*) er psykiske plager og lidelser vanlige blant barn og unge. Andelen barn og unge som blir diagnostisert med en psykisk lidelse har økt de siste ti årene, og undersøkelser viser også at en høy andel barn- og unge selvrappporterer psykiske plager (Meld.ST 23 (2022-2023) s. 9 og 19). Psykiske plager kan være en risiko for utenforskap og somatisk sykdom (Meld.ST 23 (2022-2023) s. 8). Og kommunene rapporterer om at psykiske helseplager blant barn og unge er en av de største utfordringene i folkehelsearbeidet (Prop.121 S (2018-2019), s.10). En god psykisk helse skapes i alle sektorer og i hele samfunnet (Prop. 121 S (2018-2019), s.6). Dette peker på nødvendigheten av at hjelpetjenestene i kommunen har fokus på den psykiske helsen til barn og unge.

I ny opptrappingsplan for psykisk helse for 2023-2033 (Meld.ST 23 (2022-2023) s, 7) er et resultatmål at barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager reduseres med 25 prosent. Tverrsektoriell forebyggende innsats i kommunen skal prioriteres tidlig i planperioden. Det påpekes at en sterkere innsats mot forebygging og helsefremming på tvers av flere sektorer og arenaer er nødvendig (Meld.ST 23 (2022-2023) s. 6).

Det har i mange kommuner vært fokus på å omorganisere for å gi et bedre helhetlig tilbud til barn- og unge. FAFO rapporten "Trøbbel i grenseflatene" (Hansen, Jensen & Fløtten, 2020, s.10) sier at nye strukturer ikke er nok for å lykkes med bedre samarbeid, men at det også handler om å utvikle samarbeidskultur og praksis. Parallelle tiltak er resultatet når tjenestene ikke samordnes og snakker sammen. Felles arenaer, utvikling av felles problemforståelse og anerkjennelse av hverandres kompetanse er tema som må løftes opp i tverrfaglig samarbeid, samt å utvikle samhandlingskompetanse (Hansen et al, 2020, s.11-12).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Barn og unge formidler at de ulike instansene må jobbe bedre sammen ved behov, og at de ønsker å slippe å være kasterballe i systemet (Prop. 121 S (2018-2019), s. 49). Tverrfaglig samarbeid og koordinering av tjenestetilbudet i kommunen er en forutsetning for å gi barn, unge og deres familier god oppfølging. Fravær av dette kan føre til at behov for tiltak og nødvendig oppfølging uteblir (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s.50). Tidlig innsats, kjennskap til samarbeidspartnere sin rolle og ansvarsområde, og rutiner for samhandling blir trukket frem som suksessfaktorer i de kommunene som lykkes med å gi barn og unge et godt hjelpetilbud (Prop. 121 S (2018-2019), s.49).

Likevel opplever mange som møter barn- og unge daglig i arbeidet sitt, at det ennå er en vei å gå. Tiltak blir ikke iverksatt, eller har ikke den effekten man hadde regnet med. Instansene har ulike samfunnsoppdrag og lovverk som regulerer tjenestene, noe som potensielt kan påvirke samarbeidet i forskjellige retninger. Samtidig legges det økt fokus på betydningen av et godt tverrfaglig samarbeid for å skape helhetlige hjelpetiltak.

Som helsesykepleier og vernepleier i arbeid med barn, unge og deres familier, møter vi flere

med og i risiko for å utvikle sammensatte utfordringer og vansker i hverdagen. Etter fullført videreutdanning *tverrfaglig psykososialt arbeid*, fikk vi økt forståelse for betydningen et velfungerende tverrfaglig samarbeid kan ha, Vi samarbeider på ulike plan med ulike yrkesgrupper og instanser i kommunen. Vi har en forforståelse av at alle har et felles mål; Arbeid for barn og unges beste. Erfaringene vi har tilegnet oss viser oss viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet nettopp for å sikre faglig forsvarlige og helhetlige tjenester til barn og unge. Likevel, bak gode intensjoner om samarbeid, er det fremdeles frustrasjon over at det oppleves vanskelig.

## 1.2 Hensikt og problemstilling

På bakgrunn av dette blir hensikten med studien å bidra med økt forståelse og kunnskap om hvilken betydning tverrfaglig samarbeid har for forebygging av psykiske plager hos barn og unge i kommunen. Forebygging og tverrfaglig samhandling er et sammensatt og dagsaktuelt tema. Det å arbeide tverrfaglig, og å finne gode løsninger sammen kan gi mer adekvate tiltak for barn og unge med psykiske vansker. Det vil i studien presenteres hvordan våre yrkesgrupper, helsesykepleiere og vernepleiere erfarer og ser sin rolle i dette arbeidet.

Dette har resultert i følgende problemstilling:

Hvordan erfarer helsesykepleier og vernepleier at tverrfaglig samarbeid i kommunen kan ha forebyggende effekt på psykiske plager hos barn og unge?

### 1.2.2 Forskningsspørsmål

1. Hvordan arbeider helsesykepleiere og vernepleiere for å forebygge psykiske plager hos barn og unge?
2. Hvilke faktorer opplever helsesykepleier og vernepleier som fremmede eller hemmende for tverrfaglige samarbeid?

Sentrale begreper i problemstillingen; tverrfaglig samarbeid, forebygging og psykiske plager, vil bli nærmere presentert i teorikapittelet.



### 1.3 Helsesykepleier og vernepleier

I nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon- og skolehelsetjeneste (Helsedirektoratet 2017, s.18-31) er samarbeid med andre instanser både i og utenfor kommunen en anbefaling som helsesykepleiere skal følge. Skolehelsetjenesten skal inneholde helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid (Forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten, 2018, § 6 a og d).

Vernepleien er en helse- og sosialfaglig profesjonsutdanning, som skal sikre kompetanse og holdninger som danner grunnlag for likeverdige tjenestetilbud. Som vernepleier skal en ha særlig kompetanse og fokus på miljøterapeutisk arbeid og helsefremming (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 2). I rammeplanens beskrivelse står det at vernepleieren skal samarbeide med andre aktører for å fremme individets deltakelse, selvbestemmelse, mestring, helse og livskvalitet (Utdanning- og forskningsdepartementet, 2005).

### 1.4 Avgrensning i studien

Studien blir lagt til kommunal sektor, og det fokuseres på det tverrfaglige samarbeidet innad i kommunen. Profesjonene avgrenses til helsesykepleier og vernepleier, som arbeider med barn og unge i alderen 6-18 år, og deres erfaringer rundt det tverrfaglige samarbeidet for å forebygge psykiske plager hos barn og unge.

I denne studien er man bevisst på at det ikke er et absolutt skille, og at det er en glidende overgang mellom lette til sterke psykiske plager og psykiske lidelser. Men, studien vil ikke ha et fokus på diagnoser, og helsehjelp ved psykiske lidelser. Tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten utenfor kommunen blir derfor også utelatt fra denne studien.

Det vil ikke avgrenses til et spesielt nivå for forebygging i studien. Yrkesgruppene som intervjues har ulike arbeidsmetoder, og jobber forebyggende på flere nivå.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

### 2.1 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid defineres her som det gjøres i nasjonal veileder for samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier." Samarbeid er når to eller flere tjenester jobber sammen for å gi barnet eller ungdommen et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Tverrfaglig samarbeid handler om at personer med ulik fagbakgrunn jobber sammen" (Helsedirektoratet, 2022, s.6).

Willumsen (2016, s.43) sammenligner et tverrfaglig samarbeid med et symfoniorkester hvor hvert instrument representerer sine egne spesielle uttrykk som likevel skal henge sammen. På samme måte er det med forskjellige profesjoner i et samarbeid. Hver enkelt bidrar med noe eget, og har ulike kvaliteter med seg inn i samarbeidet. Denne ulikheten skal skape en helhetlig tjeneste, henge sammen og møte den enkelte bruker sitt behov. Det vil variere fra samarbeid til samarbeid hvem som deltar i prosessen, hvem som får en sentral rolle eller en liten rolle, men hvert bidrag skal anerkjennes i samarbeidsprosessen. Ulike faggrupper og profesjoner kommer sammen om en felles utfordring og et felles mål (Glavin & Erdal, 2018, s.28). Willumsen (2016, s.39) sier at i et tverrfaglig samarbeid skaper de ulike profesjonene som deltar i samarbeidet "merviten". De ulike fagpersonenes bidrag skaper ny kunnskap sammen, som de ikke kan oppnå hver for seg. Tverrfaglig samarbeid kan bidra til at brukere får et bedre, mer målrettet tilbud fra helse- og velferdstjenestene (Iversen & Hauksdottir, 2020, s.12).

#### *2.1.1 Fremmende og hemmende faktorer i tverrfaglig samarbeid*

Glavin og Erdal (2018, s.40-45) peker på suksesskriterier og hindringer for tverrfaglig samarbeid. Kriterier som blir ansett som viktige for et tverrfaglig samarbeid er; system, felles målsetting, realistisk syn på samarbeidsmuligheter, nytteopplevelse, nødvendighet, trygghet, respekt, tillit, kunnskap om hverandre, kompetanse og praktiske faktorer. Hindringer for samarbeid kan være; domenekonflikter, ulik gevinstfordeling, profesjonsinteresser, motstridende oppgaver hos etatene, pålagt samarbeid og manglende ressurser (Glavin &

Erdal, 2018, s.40-45). Det kan også være et hinder dersom fagpersonene ikke har en relasjon med åpen kommunikasjon til hverandre (Ødegård & Willumsen, 2011. s.193).

Når et samarbeid svikter, handler det ofte om mangler i organisering og tydeliggjøring av hverandres plikter, roller, arbeids- og ansvarsoppgaver (Kinge, 2012, s.8). Hvordan de ulike tjenestene er organisert i forhold til hverandre spiller inn på utvikling av samarbeidet (Hauksdottir, Iversen & Berntsen, 2020, s. 31). Når ulike tjenester er organisert under en ledelse, med felles møtepunkt, vil en ha mulighet til å tilegne seg mer informasjon om hverandres arbeidsoppgaver, og bli bedre kjent med den andres fagspesifikke kunnskaper. Dette kan fremme en felles organisasjonskultur (Hauksdottir, Iversen & Berntsen, s. 39-40).

Glavin og Erdal (2018, s.26) skriver:

Vi har erfart at der samarbeidet er nedfelt i kommunenes planer, der det har god forankring i ledelsen, med gode rutiner, og der de ulike aktørene ser betydningen av et samarbeid, vil et samarbeid ha de beste betingelser for å fungere godt (Glavin & Erdal, 2018, s. 26).

I et tverrfaglig samarbeid har hver enkelt profesjonsutøver ansvar for å oppfylle sin rolle (Hauksdottir & Iversen, 2020, s.52). Profesjongrensene kan utfordres i et tverrfaglig samarbeid. Rolleforståelse i et tverrfaglig samarbeid er derfor viktig. Både det å forstå sin egen rolle, kompetanse og ansvar, men også samarbeidspartneren sin, er nødvendig for å kunne gi barn og familier den hjelp de trenger. Samtidig vil det kunne lette vurderingen av egne og andres mulige bidrag inn i samarbeidet, og å sette realistiske mål ut ifra det (Hauksdottir & Iversen, 2020, s. 56-57). De ulike profesjonene sin profesjonelle virkelighetsoppfatning, som påvirker hvordan de fanger opp, tolker, vurderer og møter brukere av tjenestene sine utfordringer. I samhandling med andre profesjoner kan dette skape utfordringer, men samtidig gir det også muligheter til å løfte samhandlingen ved å utnytte potensialet i de ulike profesjonene sine blikk (Eikeli, 2020, s. 77-78). Kunnskap om samarbeid, samarbeidskompetanse, er nødvendig for å se betydningen av et tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s.15; Iversen & Hauksdottir, 2020, s.13). Sentrale element i samhandlingskompetanse er: rolleforståelse, tverrprofesjonell kommunikasjon, tverrprofesjonelle verdier, koordinering og felles beslutninger, refleksivitet, og teamarbeid

(Iversen & Hauksdottir, 2020. s. 14).

### *2.1.2 Tverrfaglig kommunikasjon og relasjonskompetanse*

For å utvikle samarbeidskompetanse trenger man kunnskaper, men også ferdigheter og holdninger innen relasjonskompetanse og kommunikasjon. Faktorer som kan fremme god tverrprofesjonell kommunikasjon er respekt, evne til perspektivtaking, bevissthet rundt valg av ord og uttrykksmåte, en vennlig innstilling, tilrettelagte samhandlingsarenaer (Næss & Halvorsen, 2020, s. 89- 91).

Å være relasjonskompetent i tverrfaglig samarbeid handler blant annet om å være bevisst at alle tolker virkeligheten subjektivt og forstår den på hver sin måte. Det handler om å være bevisst eget ståsted, tanker og reaksjoner i møte med andre, men også å møte samarbeidspartnere med åpenhet og interesse slik at de er trygge på å bidra inn i samarbeidet (Næss & Halvorsen, 2020, s. 85-88).

### *2.1.3 Pincom*

PINCOM (Perception of Interprofessional Collaboration) er en modell bestående av tolv begrep som viser at det er flere faktorer som har betydning for hvordan et tverrfaglig samarbeid forstås av deltakere i samarbeidet. Ved å benytte denne modellen kan en i et profesjonelt samarbeid øke bevisstheten rundt hvordan samarbeidet fungerer, og finne og iverksette eventuelle tiltak for å forbedre samarbeidet (Ødegård, 2016, s. 125). Disse tolv begrepene er fordelt på Individ, gruppe og organisasjonsnivå, og er; motivasjon, rolleforventninger, personlig stil, profesjonell makt, gruppeledelse, mestring, kommunikasjon, sosial støtte, organisasjonskultur, organisasjonsmål, organisasjonsansvar, organisasjonsmiljø (Ødegård, 2016, s. 120-124).

### 2.1.4 Hvorfor tverrfaglig samarbeid i arbeid med barn og unge

Tverrfaglig samarbeid kan beskrives som en metode for å nå de mål som er satt i arbeidet med barn og unge i kommunen (Glavin & Erdal, 2018, s. 19). I følge Kinge (2012, s. 52-53) er et overordnet mål med tverrfaglig samarbeid i kommunen;

- å utvikle kvaliteten på det helhetlige hjelpetilbudet til barn og unge
- å utarbeide rutiner, retningslinjer og samarbeidsordninger for det tverrfaglige samarbeidet i kommunen, og på den måten tilrettelegge for å gi rett hjelp til rett tid
- å ha et tilgjengelig og synlig tilbud i kommunen slik at det er lett for barn, unge og familier å ta kontakt for hjelp når det skulle melde seg et behov.

Det handler ifølge Glavin og Erdal (2020, s. 20) om å styrke det totale oppvekstmiljøet for barnet. Forskjellige ståsted, mål og oppgaver for tjenestene fører til at de ulike yrkesgruppene sitter med opplysninger om barn- og unge som kan være aktuelle for andre å kjenne til. De ulike faggruppene og profesjonene har ulik kompetanse, tilnærming og ulike perspektiv. I et tverrfaglig samarbeid har man derfor mulighet til å treffe med rettere hjelp på et tidligere tidspunkt på grunn av utveksling av kompetanse og erfaring. Kvaliteten på hjelpen som gis til barn- og unge kan derfor bli bedre når flere instanser jobber sammen (Glavin & Erdal, 2020, s. 21-23. Det motsatte, at det mangler helhetstenkning, forståelse og handlingskompetanse hos fagpersonene som skal yte hjelp til barn og unge, kan ha store konsekvenser for den som er i behov for hjelp (Kinge, 2012, s.53).

## 2.2 Psykiske plager hos barn og unge

I denne oppgaven brukes folkehelse rapporten sin definisjon på begrepet psykiske plager (Bang et al, 2023):

Psykiske plager beskriver plager som for eksempel engstelse, nedstemthet og uro. Psykiske plager kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv, ofte knyttet til hendelser og erfaringer. Plagene kan gi ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterkere plager, uten at det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse (Bang et al, 2023, kapittel *psykiske plager hos barn og unge*)

Når symptombelastningen har vært stor over lengre tid og av en karakter som tilfredsstillende en klinisk diagnose, snakker en om psykisk lidelse. Psykiske lidelser omfatter ulike diagnoser med symptomer som i mange tilfeller fører til tap av funksjon i forhold til hverdagslige aktiviteter som skole og jobb. Dette kan eksempelvis være angst, depresjon og ADHD (Bang et al, 2023, kapittel *psykiske plager hos barn og unge*). Bru, Idsøe og Øverland (2016, 16-17) skriver at i dag er psykiske lidelser en av de største helseutfordringene, og at det ofte er i løpet av barne- og ungdomsårene at psykiske helseplager viser seg. Psykisk helse har tidligere i liten grad vært en del av det forebyggende folkehelsearbeidet. Det er nå krav til kommunene om å ha en oversikt over befolkningens psykiske helse (Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018, s. 15-16).

Blant barn og unge har det de siste årene vært en økning i selvrapporterte psykiske plager (Meld.ST.23 (2022-2023), s. 9). Rundt 20 prosent av norsk ungdom blir påvirket i hverdagen av psykiske plager. For 25 til 40 prosent av disse varer plagene i mange år, og med alderen øker sjansen for at symptomene blir varige (Bru et al, 2016, s.17). Et av regjeringens mål i opptrappingsplanen for psykisk helse er å redusere selvrapporterte psykiske plager hos barn og unge (Meld.ST.23 (2022-2023), s. 22). Barn og unge kan oppleve å ha psykiske plager uten at dette krever oppfølging av helsetjenesten, men for noen kan det være starten på å utvikle en psykisk lidelse (Bang et al, 2023, kapittel *psykiske plager hos barn og unge*). En stor andel psykiske lidelser debuterer i barne- og ungdomsalder, tidlig og målrettet helsefremmende og forebyggende innsats på barn og unges arenaer er derfor nødvendig (Meld.ST.23 (2022-2023), s. 9). Psykiske plager og lidelser i barne- og ungdomsårene har sammenheng med blant annet psykiske lidelser og helseplager senere i livet, frafall i skole, relasjonsvansker, rusproblemer og misbruk og utfordrende tilknytning til arbeidsmarkedet (Skogen et al, 2018, s. 21). Å redusere risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer er derfor en viktig hensikt i å forebygge psykiske plager (Meld.ST.23 (2022-2023), s. 19).

### *2.2.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer*

Biologiske forhold er en årsaksfaktor for psykiske helseplager, men barns oppvekstvilkår kan ha like stor betydning (Bru et al, 2016, s.19). I arbeid med barn og unge må man som profesjonsutøver ha kunnskap om hva som er et godt oppvekstmiljø. I barns oppvekstmiljø

finnes det både risiko- og beskyttelsesfaktorer. Faktorer i oppvekstmiljøet som kan øke sannsynligheten for utfordringer med psykososial utvikling senere i livet kalles risikofaktorer. Faktorer i oppvekstmiljøet som reduserer sannsynligheten for negativ utvikling kalles beskyttelsesfaktorer. Det skilles mellom individuelle og kontekstuelle risiko og beskyttelsesfaktorer hvor de kontekstuelle knyttes til familie, skole, venner, nærmiljøet og samfunnet. Kontekstuelle risikofaktorer kan eksempelvis handle om dårlige relasjoner til jevnaldrende, konfliktpreget skolemiljø, familiekonflikt og et svakt tjenestetilbud. I samspill med risikofaktorene vil beskyttelsesfaktorene redusere den negative betydningen risikofaktorene kan ha på individet (Gjertsen, 2013, s.41-45). Oppvekstvilkår som er trygge, forutsigbare og stimulerende, kan gi barnet mulighet til å håndtere utfordringer det blir stilt overfor, og på den måten kan det forebygges at de som har en biologisk sårbarhet for psykiske helseplager utvikler det (Bru et al, 2016, s.19).

### *2.2.2 Opplevelse av sammenheng*

Antonovsky (2014) prater om at vi gjennom livet blir utsatt for ytre og indre stimuli som kan bli til stressfaktorer med dårlig påvirkning på helsen vår. Hvordan et menneske bevarer sin plassering mellom helse og uhelse, avhenger ifølge Antonovsky (2014, s.38) av opplevelse av sammenheng (OAS). OAS kan bidra til at personer beveger seg i rett retning av den positive helseenden fremfor mot uhelse. Antonovsky forklarer dette videre gjennom begrepene; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2014, s. 38- 41).

Disse tre begrepene er knyttet til om man har en svak OAS eller en sterk OAS. Med **begripelighet** mener Antonovsky at det handler om hvordan individet opplever stimuli fra miljøet rundt. Er det kognitivt forståelig, sammenhengende, strukturert og tydelig informasjon. Eller oppleves det som uorganisert, støy, som tilfeldig og uforståelig. Begrepet **håndterbarhet** knyttes til i hvilken grad individet opplever å ha tilstrekkelig med ressurser til å takle krav og stimuli som en utsettes for. Disse ressursene kan komme fra en selv eller en annen person man har tillit til. Håndterbarheten hjelper individet å takle motbakker i livet. **Meningsfullhet** handler om hvilken grad man opplever at livet er forståelig følelsesmessig. At utfordringer man møter på er verdt å bruke krefter på (Antonovsky, 2014, s. 39-41).

## 2.3 Forebygging

«Folkehelsearbeid skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse»

(Folkehelseloven 2011, § 1).

Mæland (2021, s.12) fremhever at det forebyggende helsearbeidet handler om mer enn å hindre sykdom og skade, det handler også om å fremme folks helse og livskvalitet.

Sykdomsforebyggende arbeid og helsefremmende arbeid representerer to forskjellige måter å praktisere og tenke forebygging på. Mæland (2021 s.15) trekker derimot frem at selv om de gjerne ses på som motsetninger, utfyller de hverandre i folkehelsearbeidet. Videre understreker Mæland (2021 s.15) at de bør betraktes som komplementære tilnærminger og ikke konkurrenter, hvor begge tilnærmingene må anses som nødvendige, dersom målsettingen for folkehelsen skal nås.

Arnesen og Sørli (2014, s.86) forteller om viktigheten av tidlig innsats i det forebyggende arbeidet, med klare målsettinger for å forhindre at en negativ utvikling skal oppstå eller forverre seg. Ved et forebyggingsperspektiv må fokuset rettes mot å iverksette tiltak så tidlig som mulig i barn og unges utviklingsforløp. Innsatsen må innebære systematisk og kontinuerlig kartlegging og oppfølging, hvor det kreves kunnskap om barn og unges livskontekst, med en bevissthet på risiko og beskyttelsesfaktorer.

Gjertsen (2013, s.137) fremhever også viktigheten av tidlig innsats, at det skal gripes inn når det oppstår problemer, og tiltak skal settes inn på et tidlig tidspunkt i barns liv. Befring (2014, s.28-29) omtaler tidlig intervensjon og forebyggende tiltak som en nødvendighet slik at barn ikke opplever å bli kasterballe i systemet. Det forebyggende arbeidet skal forbedre oppvekst og oppvekstvilkår for barn og unge, med klare føringer og en målrettet innsats for å beskytte barn mot risikoforhold på alle arenaer som barn ferdes (Befring, 2014, s.28-29).

Det anses også å være samfunnsøkonomisk lønnsomt å drive med forebyggende arbeid hvor barn gis rammebetingelser som gjør det mulig å vokse opp med en god helse, for deretter få mulighet til utdanning, jobb og å bidra i samfunnet. Derfor er en trygg oppvekst og barndom en av de viktigste investeringene en nasjon kan gjøre, påpeker Sjøvold og Furuholmen (2020, s.22).



Mæland (2021, s.11) fremhever at dersom alle instanser og befolkningen bidrar, kan nettopp de overordnede mål for forebyggende helsearbeid nås. Men, da må samarbeid med felles forståelse på tvers av fag og ansvarsområder på plass og forankres. Glavin og Erdal (2018, s.88) forteller også at det tverrfaglige samarbeidet betraktes som å være et av de viktigste virkemidlene i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Og ifølge Mæland (2021 s.217) står kommunen som den mest sentrale parten for forebyggende helsearbeid blant befolkningen.

### 2.3.1 Ulike nivåer av forebygging

Forebygging som metode kan presenteres på ulike måter. Mrazek og Haggerty (1994, s. 20-21) introduserte en inndeling av ulike nivåer for å forebygge psykiske helseplager, der forebyggingsnivået ble kategorisert basert på målgruppen og hvilke risikofaktorer som var tilstede. Mrazek og Haggerty (1994, s. 20-21) mente arbeid for å forebygge psykiske helseplager skulle ta utgangspunkt i *universell, selektiv og indikativ forebygging*. *Universelle* tiltak rettes mot allmennheten eller en hel befolkningsgruppe, og ikke på bakgrunn av individuelle risikofaktorer. Tiltakene anses også å være ressurseffektive, og av lav kostnad når det nås ut til en større del av befolkningen. *Selektive* tiltak rettes mot en gruppe mennesker med økt risiko for utvikling av psykiske vansker, men hvor det ikke foreligger et manifestert problem (Mrazek og Haggerty, 1994, s. 20-21,25). Risikogrupper kan ifølge Mrazek og Haggerty (1994, s. 25) identifiseres på grunnlag av biologiske, psykologiske eller sosiale risikofaktorer. *Indikative* tiltak rettes mot de som viser individuelle tegn på symptomer som varsler/indikerer om psykiske vansker, men hvor problemet ikke er identifisert eller diagnostisert (Mrazek og Haggerty, 1994, s. 21,25).

Ved universelle og selektive forebyggingstiltak er individuelle psykiske vansker av liten relevans for valget av målgruppen. I indikativ forebygging settes derimot tiltak nettopp på bakgrunn av individer med psykiske vansker og utfordringer. Den største forskjellen på de ulike nivåene er hva som vektlegges, symptomer eller risikofaktorer. Både universelle, selektive og indikative forebyggingstiltak har som felles mål å redusere antall nye psykiske vansker ( Mrazek og Haggerty, 1994, s. 23-25).

## 2.4 Taushetsplikt og informert samtykke

Å ha taushetsplikt innebærer en plikt og et ansvar for å hindre at bestemte opplysninger kommer til andre enn dem som skal ha disse opplysningene. Taushetsplikten skal sikre at den som gir opplysninger har tillit til at opplysningene forvaltes forsvarlig (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023, s.9).

Alle som jobber i det offentlige har forvaltningsmessig taushetsplikt etter forvaltningsloven. Helseesykepleiere og vernepleiere har i tillegg en yrkesmessig taushetsplikt etter helsepersonelloven. Yrkesmessig taushetsplikt er mer omfattende enn den forvaltningsmessige fordi den gjelder all informasjon, både nøytral og sensitiv (Glavin & Erdal, 2018, s. 47-49).“ Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold, eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

Taushetsplikten skal verne om den enkelte bruker av tjenestene, men den trenger ikke være til hinder for tverrfaglig samarbeid. Å innhente samtykke kan åpne opp for et mer effektivt samarbeid, og barn og foreldre blir involvert i hva som skal og kan deles av informasjon (Glavin & Erdal, 2018, s. 47-49). Når det samarbeides om barn, unge og deres familier, vil det å innhente et samtykke være nødvendig og til god hjelp for at samarbeidspartnere skal kunne utveksle informasjon som er aktuell for samarbeidet. Et samtykke skal være informert. Det vil si at den som samtykket innhentes fra skal være kjent med hensikten bak samtykket, hvilken informasjon som skal deles og til hvem. Samtykket skal kunne trekkes tilbake når som helst (Glavin & Erdal, 2018, s. 49-50).

### 3.0 Tidligere forskning

I dette kapitlet presenteres tidligere forskning utført på feltet. Problemstillingen ble satt i PICO-skjema før systematiske litteratursøk i aktuelle databaser ble gjennomført. Manuelle søk er utført ved å gå gjennom referanselister i relevante vitenskapelige artikler, planer, rapporter og andre oppgaver som omhandler temaet. Det har også blitt søkt på temaet i fritekst i tidsskrifter.

*Interprofessional Collaboration, children, well-being, collaboration, mental health* er søkeord som er blitt hyppigst brukt. I hovedsak er litteratursøkene basert på søk i databasene Cinahl, Pubmed og Idun. Litteratursøket ble avgrenset til de siste 11 årene. Det er inkludert litteratur på engelsk og skandinavisk som er fra Norge, Norden eller andre vestlige land. Artikler fra andre land enn nevnte er ekskludert, da det var ønskelig at funn skulle ha overføringsverdi til konteksten i denne studien. Studiene som ble inkludert var fagfelleurdert. Det viste seg å være mer tilgjengelig forskning fra et helsesykepleierperspektiv enn vernepleiers perspektiv. Det tenkes likevel at denne kunnskapen også har overføringsverdi til vernepleiere som jobber med barn og unge.

Skogen et al (2018) utga en kunnskapsrapport basert på 15 systematiske litteraturoppsummeringer. Målet med rapporten er å gi et oppdatert kunnskapsgrunnlag for det forebyggende arbeidet for psykisk helse blant barn og unge med utgangspunkt i de arenaer og aktører som involveres i barn og unges psykiske helse. Kunnskapsgrunnlaget som allerede finnes er positivt med tanke på å forebygge psykiske lidelser gjennom målrettede tiltak. Rapporten konkluderte med at det likevel er behov for mer kunnskap om hvordan dette skal gjøres, og hvilke forebyggende og helsefremmende tiltak som kan virke sammen i dette arbeidet.

Det har vært en økende etterspørsel etter samarbeid på tvers av psykiske helsetjenester for barn og unge. Cooper, Evans og Pybis (2016, s.325-342) har i sin systematiske oversiktsartikkel oppsummert funn fra 33 studier for å finne ut om tverrfaglig samarbeid har en positiv innvirkning i psykisk helsearbeid til barn og unge, og i så fall hvilke faktorer som fremmer og hemmer samarbeidet på tvers av etater. Studien viste blandede resultater,

samarbeid mellom instanser ble av noen assosiert med bedre tjenester, mens andre antydte at det gav negativt utfall på tjenestene og dens kvalitet. Tverrfaglig samarbeid ble likevel sett på som nyttig og viktig både for bruken av tjenestene og fagfolk.

Studien påpeker at faktorer som fremmet tverrfaglig samarbeid var god kommunikasjon mellom samarbeidspartnere, felles opplæring, felles forståelse, støtte fra ledelse, felles verdier, skriftlige rutiner og en kontaktperson. Hemmende faktorer kunne være utilstrekkelige ressurser, dårlig kommunikasjon, ulike perspektiver på problemet, dårlig forståelse på tvers av faggruppene og utfordringer med taushetsplikten (Cooper et al, 2016, s.325-342). Også Lone og Værnor (2019, s.61-64) sin kartlegging viste at felles mål, et ønske om å finne helhetlige løsninger for brukerne, kunnskapsdeling mellom tjenestene, et tett samarbeid preget av gjensidig tillit og respekt for hverandres kompetanse, kjennetegnet en god tverrfaglig samarbeidskultur. Kanste, Halme og Perälä (2013, s.1-15) presenterer resultater som viser at et velfungerende tverrfaglig samarbeid krever bevissthet og kjennskap til hverandres tjenester, lederstruktur, felles ansvar og innsats, samt faste møtepunkter.

Lone og Værnor (2019, s.61-64) sin studie vektla funn og nødvendigheten av en ledelse som stimulerer til tverrfaglig samarbeid gjennom å skape rutiner, struktur og bygge relasjoner på tvers av faggrupper. Også i Kanste et al (2013, s.1-15) ble fravær av tydelig ledelse og støtte fra toppledelsen et funn som ble sterkt presentert som en hemmende faktor for det tverrfaglige samarbeidet. Andre hemmende faktorer som ble trukket frem i tverrfaglig samarbeid var arbeidskultur, holdninger, manglende kunnskap om andres tjenester (Kanste et al, 2013, s.1-15).

Martinussen, Kaiser, Adolfsena, Patras og Richardsen (2017s.487-496) fant i sin studie at et godt samarbeid mellom ulike profesjoner og tjenester viste seg å være sterkt relatert til kvalitet på tjenestene som barn og unge mottok. Et manglende samarbeid mellom instansene viste seg også å være sterkt forbundet til at psykiske helseproblemer ikke ble oppdaget (Martinussen et al, 2017, s.487-496).

Beckman og Hellstrøm (2021, s.1-14) fokuserte på hvordan fagpersoner opplevde at de kunne bidra til å styrke dagens unges psykiske helse. Fagpersonene så på samarbeid som

konsensus for å kunne møte ungdommenes behov, men dette opplevde de selv at de mislyktes i. utfordringer som ble trukket frem var manglende tid og ressurser, manglende kunnskap fra ledelsen. Fagpersonene stilte spørsmål ved hvordan de kunne jobbe enda bedre sammen. Informantene i denne studien var også opptatt av at ungdommene selv måtte involveres og få løfte frem sine tanker om hvordan tjenesten kunne bli bedre. I Savolainen, Sormunen, Bykachev, Karppi, Kumpulainen og Turunen (2021, s.195-217) sin studie konkluderes det blant annet med at tverrprofesjonelle utdanninger kan bidra til å styrke det tverrfaglige helsefremmende arbeidet. Det trengs kunnskap om barns psykiske helse og hvilke tjenester som er tilgjengelige for barn og unge for å fremme tidlig intervensjon.

Det er blitt gjort flere studier basert på helsesykepleiers erfaringer knyttet til tverrprofesjonelt samarbeid. I Dahl & Crawford (2018, s.178-184) opplevde informantene manglende felles forståelse for begreper og utfordringer som et hinder for samarbeidet. Helsesykepleiere oppga også at de erfarte å ikke bli inkludert i samarbeidet fordi deres profesjon ofte var usynlig eller tilsidesatt i denne sammenhengen. I en kvalitativ studie av Gjertsen, Hansen og Juberg (2018, s.163-179) fremviste også her funn at vernepleiere som arbeidet i skole erfarte at de burde i langt større grad være mer involvert i team og samarbeidsmøter, og at deres tid ikke strakk til. Det var tilfeller hvor de opplevde å føle seg som «underdogs», mens andre sa de kunne oppfattes som en trussel fordi de hadde en annen kompetanse enn lærerne. Skundberg-Kletthagen og Moen (2017, s. 5044-5051) undersøkte i sin studie hvordan helsesykepleiere i skolehelsetjenesten erfarte å jobbe med barn og unge med psykiske plager. Helsesykepleierne stilte spørsmål ved om de hadde nok kunnskap og kompetanse til å gi riktig hjelp både på individuelt nivå og gruppenivå. Flere opplevde behov for mer kunnskap i forhold til tverrfaglig samarbeid når det gjaldt å følge opp elever med utfordringer knyttet til sin psykiske helse. Videre i studien trekkes samarbeidet med lærerne opp som tilfeldig, og at det var for avhengig av om lærerne hadde kunnskap og interesse for elevenes psykiske helse. Helsesykepleierne etterlyste mer samarbeid innad i skolen og på tvers med andre avdelinger.

## 4.0 Metode

Studien benytter en kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. Det er gjennomført åtte semistrukturerte intervju til studiens datainnsamling.

I dette metodekapittelet vil det redegjøres for forskningsprosessen og valg som er blitt tatt underveis.

### 4.1 Valg av metode

Ifølge Malterud (2021, s.31) kan kvalitative metoder brukes når en ønsker å få vite mer om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger.

Kvalitativ forskning legger føringer for å skape kontekstuell forståelse av valg og sammenhenger mennesker befinner seg i. Denne metoden er også tett på mennesket og kan derfor få frem individualistiske forklaringer (Skilbrei, 2023 s.17,21). Kvalitative data anses å gi høy relevans da det er den undersøktes individuelle forståelse som er fremtredende (Jacobsen, 2018, s.129-130). Studien er opptatt av helsesykepleier og vernepleiers erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet, og en kvalitativ forskningsmetode vil derfor egne seg (Jacobsen, 2018, s.63).

#### 4.1.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Det benyttes en fenomenologisk tilnærming i denne studien. Analyseprosessen er utført i henhold til Malteruds (2021) Systematiske tekstkondensering (STC), som er inspirert av den fenomenologiske tenkningen. STC samsvarer med fenomenologiens oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverden, anses som gyldig kunnskap (Malterud, 2021 s. 116).

#### 4.1.2 Fenomenolog

Ifølge Malterud (2021 s.28) omfatter fenomenologi en forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet. Fenomenologi som felt ble utformet på 1800- tallet av filosofen Edmund Husserl (1859-1938), og videreutviklet av mange etterfølgere; Martin Heidegger (1889-1976), Alfred Schutz (1899-1959) og Maurice Merleau- Ponty (1908 -1961). Da Husserl

introduserte begrepet livsverden ble det fremhevet at alle kjente til den samme livsverden gjennom levd erfaring, men på bakgrunn av ulikheter som kultur, utdanning og vaner kunne en ha svært ulike tilnærminger (Malterud, 2021 s.28; Lindseth & Nordberg, 2021 s. 884).

I dag anses fenomenologien å være et sentralt begrep som benyttes når forskning rettes mot å forstå hvordan et eller flere fenomener framstår, gjerne mer enn å lete etter hva selve fenomenet er (Skilbrei 2023, s.46). Postholm (2010, s.41) forteller også at fenomenologiske studier har sin hensikt i å fremstille den meningen mennesker legger i en opplevelse, sett opp mot en bestemt erfaring av et fenomen.

Malterud (2021, s.28-29, 115) påpeker at en fenomenologisk forståelse handler om å sette en parentes rundt tidligere kunnskap, for deretter å kritisk rette oppmerksomheten mot den aktuelle subjektive erfaring. Derav skal fenomener som undersøkes beskrives så nøyaktig som mulig i lys av individets livsverden. Dette bygger videre på en forutsetning om at forskers tilgang til aktuell informasjon om individers erfaringer, blir etablert ut ifra hvordan informanter selv velger å fremstille og forstå sine erfaringer. I et slikt perspektiv blir det derfor viktig at en forsker kan se andres perspektiv, og ikke benytte seg av egne fortolkningsrammer for å forstå det som forskes på (Skilbrei 2023, s. 46).

## 4.2 Design

Studien er en kvalitativ intervjustudie. Det ble gjennomført åtte semi-strukturerte intervjuer med helsesykepleiere og vernepleiere som jobbet i kommunal sektor. Videre vil det presenteres begrunnelse for, og beskrivelse av strategisk utvalg, inklusjon og eksklusjonskriterier for utvalg, hvordan rekrutteringsprosessen foregikk, og en beskrivelse av utvalget som deltok i studien.

### 4.2.1 Strategisk utvalg

Utvalg av enheter vil kunne ha betydning for undersøkelsens pålitelighet og troverdighet (Jacobsen, 2018, s.177). Det er gjort et strategisk utvalg for best mulig informasjonstyrke. Ved strategisk utvalg er ikke utvalget bygget på tilfeldighetsprinsippet,

men på systematiske vurderinger av hvilke enheter som anses å være mest interessante og mest relevante ut fra analytiske og teoretiske formål (Grønmo, 2017 s.103). Ifølge Malterud (2021, s. 58) vil et utvalg basert på tilfeldigheter kunne påvirke gyldigheten i kvalitative studier. Når informasjonsstyrken i et utvalg er god, kan påliteligheten til resultatene styrkes fordi resultatene kan ha flere nyanser av svar, og utfordrer forskeren til å ta stilling til de ulike nyansene i besvarelse av problemstilling (Malterud, 2021, s. 60).

Når man gjør et strategisk utvalg er det et mål at materiale som blir utvalgt, bidrar til å belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2021, s.58). Problemstillingen spør etter helsesykepleiere og vernepleiere sine erfaringer, og derfor er disse yrkesgruppene rekruttert. Lik utdanning og noenlunde likt arbeid kan gi et homogent materiale, som kan føre til for liten nyanserikdom i materiale (Malterud, 2021, s.59). Dette har blitt ettersøkt å forhindre ved å ha et utvalg med ulik arbeidserfaring, ulike arbeidsplasser og varierende antall år i tjeneste. En beskrivelse av utvalget vil presenteres senere.

#### *4.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier*

Inklusjonskriteriene i studien var at deltakere skulle være helsesykepleiere eller vernepleiere. De skulle være ansatt i kommunen, og jobbe med barn og unge i alderen 6-18 år. Informantene måtte ha arbeidet i gjeldende kommune i minst et år. Dette for at de skulle ha oversikt over, og kjennskap til samarbeidspartnere, og ha erfaringer med tverrfaglig samarbeid i kommunen de jobbet i. Det var også ønskelig å rekruttere deltakere med noe ulik lengde arbeidserfaring.

Sykepleiere som var konstituerte i helsesykepleierstillinger eller under utdanning, og helsesykepleiere og vernepleiere som kun jobbet med barn i aldersgruppen 0-5 år ble ekskludert fra studien.



#### 4.2.3 Rekrutteringsprosessen

Et informasjonsskriv med studiens hensikt og formål ble sendt ut på mail til aktuelle virksomhetsledere i tre kommuner. De ble bedt om å videreformidle informasjonen til vernepleiere og helsesykepleiere som kunne være aktuelle kandidater til studien. Kun en helsesykepleier tok selv kontakt i etterkant av mottatt informasjon. Det ble derfor tatt direkte kontakt på telefon med enkelte virksomhetsledere, som igjen sendte ut mail til sine ansatte. På grunn av liten respons på denne rekrutteringsmetoden, ble det besluttet å utføre et tilgjengelighetsutvalg gjennom snøball-teknikk. De som hadde takket ja til å delta i studien ble kontaktet, samt kollegaer og andre i eget nettverk for å rekruttere aktuelle informanter (Malterud, 2021, s.59-60). Det ble videre tatt direkte kontakt med anbefalte aktuelle kandidater. Alle som ble direkte kontaktet, takket ja til å delta i studien. I løpet av september måned 2023 var åtte informanter rekruttert til studien, derav fire helsesykepleiere og fire vernepleiere.

#### 4.2.4 Beskrivelse av utvalget

Malterud (2021, s. 64) sier at fire til syv informanter som har høy informasjon styrke kan være tilstrekkelig for å oppnå et rikt materiale. Det ble rekruttert åtte deltakere fra tre små til mellomstore kommuner. Utvalget her bestod av fire helsesykepleiere og fire vernepleiere.

Helsesykepleierne var alle kvinner i alderen 30 til 60 år, med 1 – 16 års erfaring som helsesykepleier. Tre helsesykepleiere jobbet i skolehelsetjenesten i grunnskolen og videregående, og en jobbet i et tverrfaglig psykisk helseteam. Helsesykepleierne jobbet i tre ulike kommuner.

Vernepleierne var alle kvinner i alderen 30-57 år med 10 -20 års erfaring som vernepleier i ulike stillinger. De deltakende vernepleierne har gjennom sine år i arbeid hatt stillinger blant annet som miljøterapeuter i skolen, avlastende tjenester for barn og unge, i barnebolig, folkehelsekoordinator, drevet med samtaleterapi/veiledning for barn og unge, og jobbet i NAV. Vernepleierne er rekruttert fra to kommuner.

### 4.3 Datainnsamling

Datainnsamling har bestått av semistrukturerte intervju. Videre presenteres bakgrunn for valg av semistrukturerte intervju, forberedelse gjennom utarbeiding av intervjuguide, gjennomføring og transkripsjon av intervju.

#### *4.3.1 Semistrukturerte intervju*

Semistrukturerte intervju benyttes når det skal forstås temaer fra dagliglivet ut ifra informantens egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2017 s.46). Det var ønskelig med en viss grad av åpenhet i intervjusituasjonen, men ifølge Malterud (2021, s. 133) kan en ikke intervju uten mål og mening, og en viss pre-strukturering i forkant av intervjuet er nødvendig. Det ble derfor valgt å benytte semistrukturerte individuelle intervju. Både for å oppnå store nok datamengder, men samtidig for å få frem den enkeltes informants individuelle synspunkt og erfaringer.

#### *4.3.2 Intervjuguide*

En intervjuguide skal utarbeides på forhånd, være et hjelpemiddel i intervjusituasjonen, og minne forskere på de tema det er ønskelig å innhente data om. Den skal ikke være for detaljert, slik at den ikke lukker for nye spørsmål som kan oppstå i intervjusituasjonen (Malterud, 2021, s. 133-134). Dette var også vårt formål med studien, slik at de fikk formidlet egne erfaringer uten å la seg lede for mye av spørsmålene som ble stilt. Det ble også gjennomført pilotintervju med en bekjent, og intervju spørsmål ble testet på hverandre for å få en mer helhetlig vurdering på om de var gode nok til å besvare det som skulle undersøkes. Intervjuguide er vedlagt. Se vedlegg nr. 3.

#### *4.3.3 Gjennomføring av intervju*

For å kunne forberede seg på tema fikk informantene tilsendt intervjuguide og samtykkeskjema i forkant av intervjuet. Samtykkeskjema ble grundig gjennomgått med informanter, og signert, før båndopptaker ble tatt i bruk. Ifølge Malterud (2021, s.73) er lydopptak et egnet verktøy å bruke når materialet som samles inn består av samtaledata.

Åtte intervjuer ble gjennomført ansikt-til-ansikt. Intervju ansikt-til-ansikt kan ifølge Jacobsen (2018, s.147) lettere etablere tillit og åpenhet, samtidig kan intervjuer ha mulighet til å observere respondentene. Ordstyrer og moderator etterstrebet å innta en lyttende posisjon, og å gi bekræftende signaler til deltaker (Jacobsen, 2018, s.157). For å unngå at ordstyrer under intervju skulle bli for farget av å intervju egen profesjon, ble det praktisert å intervju hverandres profesjoner. Helsepsykeleier intervjuet vernepleier og motsatt.

Det opplevdes som en fordel å være to under intervjuene, med anledning til å supplere og støtte hverandre i forkant, under og etter intervjuene. En kunne drøfte og reflektere over funn i intervju, samt få bekreftet eller avkreftet ting en var usikre på. Som Postholm (2010, s.128) benevner kan en bli mer bevisst over sin egen subjektivitet i forskning ved å observere, analysere og tolke data, dersom en gjør det sammen med noen. Her kan en se sammen på likheter eller forskjeller som fanges i analyse, forståelse og tolkning. Det kan også være med på å gi et bedre overblikk, samt en økt forståelse for ens egen subjektive oppfatning.

#### *4.3.4 Transkribering*

Transkribering fra båndopptak er tidkrevende og medfører ofte omfattende skriftlig materiale. Selv om det tar tid, er det gode grunner til at forskere selv bør gjøre denne jobben. Som deltaker i samtalen kan en gjerne huske viktige momenter som senere kan hjelpe å oppklare usikre punkter og uklarheter. Dette spiller en viktig rolle ved at det oppstår mindre redigeringer når den muntlige samtalen skal oversettes til tekst, og ifølge Malterud, (2021, s.80) styrker dette validiteten av analysemateriale. Videre påpeker Malterud (2021, s.80) at forskere som er mellomledd mellom tale og tekst kan bidra til at en får en mer detaljert gjenopplevelse av de ulike erfaringene i datainnsamlingene, slik at en kan gjøre seg kjent med materialet fra en ny side.

Intervjuene ble i sin helhet transkribert manuelt. I forkant ble teori om transkribering gjennomgått i fellesskap for å sikre at gjennomføring og dokumentasjon ble utført likt. Transkriberingen resulterte i 138 sider med transkribert materiale basert på 442 minutter med opptak.

## 4.4 Dataanalyse

Det er brukt systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud (2021) i analysen. Dette er en tverrgående analyse som ifølge Malterud (2021, s.97) er utviklet for at nybegynnere skal få en enkel innføring i analyseprosessen. STC er en iterativ og fleksibel analyseprosess. Bevegelser er en del av den iterative prosessen, hvor man går tilbake for å se om det er mønstre en innledningsvis ikke la merke til (Malterud, 2021, s.96). Analysen innebærer en induktiv tilnærming (Malterud, 2021, s.113). Forskere skal her etterstrebe å gå ut med et åpent sinn for å innhente relevant info, som skal systematiseres og danne teori uten å preges av forutinntatthet og holdninger. (Jacobsen, 2018, s. 29). For å unngå tilfeldig synsing sier Malterud (2021, s.113) at en induktiv tilnærming krever en systematisk prosess, noe som etterstrebes gjennom STC. Selv om en etterstreber å ha en induktiv tilnærming kan en ikke utelukke en påvirkning av den deduktive tilnærmingen som handler om å trekke konklusjoner fra det som er kjent fra teorien (Malterud, 2021, s. 113). STC gjennomføres gjennom fire trinn (Malterud, 2021, s. 98). Videre vil studiens analyseprosess presenteres gjennom de fire trinnene i STC, og forskernes forforståelse og refleksivitet vil redegjøres for.

### 4.4.1 Skape helhetsinntrykk

I første del av analysen ble det skriftlige materiale etter transkribering lest gjennom for å danne et helhetsbilde. Ifølge Malterud (2021, s.99) er det på dette trinnet viktig å jobbe med å ikke la seg farge av forforståelsen og den teoretiske referanserammen, men være åpne for det materialet og informantenes stemmer formidler. Dette er etterstrebet å unngå gjennom å ha jevnlig refleksjoner sammen i analyseprosessen, hvor det ble diskutert om våre veivalg var farget av egen forforståelse.

De transkriberte intervjuene ble grundig gjennomlest, og foreløpige temaer som ble ansett som interessante for studiens problemstilling ble notert ned. Temaene var: *tverrfaglig samarbeid, hemmende og fremmende faktorer, implementering og effektivisering, kommunikasjon, ressurs/ressursbruk, holdninger, organisasjon og ledelse, samarbeidskompetanse, tidlig innsats og laget rundt barnet.*

#### 4.4.2 Meningsbærende enheter

I følge Malterud (2021, s.100-101) skal det i dette trinnet skilles ut materiale som skal studeres videre. Forskere skal fremstille tre-fem foreløpige temaer, videre omtalt som kodegrupper. Deretter gjennomgås materialet linje for linje, og tekst som er aktuell, meningsbærende enheter, skilles ut fra tekst som ikke er aktuell. Tekstbiter med fellestrekk samles, som blir kalt for *koding*.

I andre analysetrinn startet organiseringen av materialet. Først ved å presentere foreløpige tema fra første trinn for hverandre. For å videre reflektere og drøfte rundt de tema som var noenlunde like, og de som ikke sammenfalt. Dette resulterte i å samle seg rundt fire foreløpige kodegrupper; *Organisasjon og ledelse, samhandlingsfaktorer, tidlig innsats og laget rundt barnet*.

Hver kodegruppe fikk en fargekode, og intervjuene ble deretter fordelt for videre analyse. Materialet ble lest linje for linje for å se etter meningsbærende enheter som kunne inngå i valgte kodegrupper. De meningsbærende enheter ble markert med farge etter hvilken kodegruppe de passet inn under. Gjennomlesning ble utført flere ganger, slik at en ikke gikk glipp av sentrale meningsbærende enheter. Dette ga også analyseprosessen en viss fleksibilitet. Meningsbærende enheter som ikke ble ansett som relevant for å besvare studiens problemstilling, ble i denne prosessen ekskludert og sortert i en annen fil.

#### 4.4.3 Kondensering

I analysens tredje trinn skal man gjennomgå de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe. I hver kodegruppe vil teksten omhandle flere sider av temaet. Materialet i hver kodegruppe skal deretter derfor organiseres i subgrupper (Malterud, 2021, s. 105).

I en felles gjennomgang av de utvalgte meningsbærende enhetene i hver kodegruppe, ble innledende subgrupper utarbeidet. De meningsbærende enhetene i hver kodegruppe ble organisert i de aktuelle subgruppene. I denne prosessen var en tett dialog nødvendig, og eventuelle endringer av kode- og subgrupper ble utført i fellesskap. Overskriften på to

kodegrupper ble endret for å sammenfatte innholdet i kodegruppene bedre. *Organisasjon og ledelse* ble til *organisatoriske og strukturelle forhold*, og *samhandlingskompetanse* til *samhandlingsfaktorer*. Se tabell 1 for oversikt over innledende kodegrupper med tilhørende subgrupper.

Tabell 1: Innledende kodegrupper med subgrupper

<b>Kodegruppe 1: Laget rundt barnet</b>
Subgruppe 1: Drømmen å få det til Subgruppe 2: Rett person på rett plass Subgruppe 3: Faglig ståsted
<b>Kodegruppe 2: Tidlig innsats</b>
Subgruppe 1: Ha laget klart Subgruppe 2: Ulike forebyggingsnivå
<b>Kodegruppe 3: Samhandlingsfaktorer</b>
Subgruppe 1: Kunnskap og kompetanse Subgruppe 2: Relasjonelle forhold Subgruppe 3: Være tro mot prosessen
<b>Kodegruppe 4: Organisatoriske og strukturelle forhold</b>
Subgruppe 1: Lederforankring Subgruppe 2: Ressursutnyttelse Subgruppe 3: Systemet på plass

Subgruppene har videre vært analyseenheten. I hver subgruppe ble det laget et kondensat, et kunstig sitat i jeg-form, som omhandler innhold fra de meningsbærende enhetene. Kondensatet fungerer som et arbeidsnotat, og brukes videre i fjerde trinn av analysen. For hvert kondensat velges det også et gullsitat som illustrerer og konkretiserer funn (Malterud, 2021, s.106-108).

Materialet med kodegrupper og tilhørende subgrupper ble printet ut og meningsbærende enheter ble klippet ut fra hver subgruppe. Det var da lettere å lese og organisere dem før utarbeidelse av selve kondensatene. Hver meningsbærende enhet ble vurdert om det fremdeles skulle inngå i kondensatet, om det skulle i en annen subgruppe eller utgå (Malterud, 2021, s.107). Noen subgrupper ble for like og det ble derfor valgt å slå sammen subgruppe “kompetanse” under kodegruppe *samhandlingsfaktorer* med subgruppen “faglig ståsted” i kodegruppe *laget rundt barnet*. Alle meningsbærende enheter i den nye gruppen ble gjennomgått, og det ble laget et nytt kondensat. Underveis i denne prosessen dannet det seg også tre nye subgrupper; “Det vanskelige samarbeidet” ble organisert under kodegruppe *laget rundt barnet*, “Taushetsplikt” som ble organisert under kodegruppen *samhandlingsfaktorer*, og “skyvmentalitet” under *organisatoriske og strukturelle forhold*. Flere subgrupper fikk også nye navn. Subgruppen “ressursutnyttelse” viste seg å ha for få meningsbærende enheter og det ble vurdert at den ikke hadde nok grunnlag for å besvare studiens problemstilling, derfor ble den ekskludert. Se tabell 2 for oversikt over organiseringen av kodegrupper med subgrupper før analysetrinn 4.

Tabell 2: kodegrupper med tilhørende subgrupper etter analysetrinn 3

<b>Kodegruppe 1: Laget rundt barnet</b>
Subgruppe 1: Drømmen å få det til Subgruppe 2: Rett person på rett plass Subgruppe 3: Faglig ståsted Subgruppe 4: Det vanskelige samarbeidet
<b>Kodegruppe 2: Tidlig innsats</b>
Subgruppe 1: Å være i forkant Subgruppe 2: Forebygging
<b>Kodegruppe 3: Samhandlingsfaktorer</b>
Subgruppe 1: Den viktige dialogen Subgruppe 2: Relasjonelle forhold Subgruppe 3: Felles ansvar og vilje

Subgruppe 4: Taushetsplikt
<b>Kodegruppe 4: Organisatoriske og strukturelle forhold</b>
Subgruppe 1: Trøkk fra toppen
Subgruppe 2: Systemet må på plass
Subgruppe 3: Skyvementalitet

#### 4.4.4 Syntese

I fjerde trinn av analysen skal det lages en analytisk tekst for hver sub- og kodegruppe. Den analytiske teksten bygges på kondensatene som ble dannet i forrige analysetrinn. Den analytiske teksten skal skrives i tredjepersons form, og formidle hvilken kunnskap studien har kommet frem til. Gullsitat skal konkretisere funnene (Malterud, 2021, s.108-109).

For å sikre at formidlingen av funnene i den analytiske teksten ble det nødvendig å bevege seg frem og tilbake i trinnene, især mellom trinn tre og fire. Noen av subgruppene fikk nye navn som i større grad skulle fremstille funnene. I syntesefasen ble det ikke gjort endringer på kodegruppene fra kondenseringsfasen. Subgruppene ble derimot noe endret og redusert. Endelig oversikt presenteres i resultatkapittelet i tabell 4: *Hovedkategorier og subgrupper*.

Se tabell 3 nedenfor: *Analyseprosess*, for en oversikt over analyseprosessen. Tabellen presenterer meningsbærende enheter i trinn to fra en kodegruppe og subgruppe, og i trinn tre fremstilles et kondensat fra valgt subgruppe, trinn fire presenterer den tilhørende analytiske teksten med et gullsitat.

Tabell 3: *Analyseprosessen trinn 2-4*

<b>Tema: Organisatoriske og strukturelle forhold, subgruppe skyvementalitet</b>
Trinn 2: Meningsbærende enheter fra tema
Jo, altså jeg opplever jo at de har veldig mange gode tanker og ideer, men at de ikke er helt der de bør være. Det er en del ting som må være, kan være.. Ja, mer systematisert og mer at man pass... (pause)



Bare systemnivå. På kryss og tvers. Og alle snakker. Ja, ja, ja klart vi skal det, og det står prioritert i planer og alt, men det er liksom bare ord.

Det snakkes og snakkes, og vi har snakket om det i ti år (ler). Ikke sant. Rutiner som er gjemte i skuffer på sikker sone. Det er jo helt flaut. Her tenker jeg det må være en massiv greie.

Nei, jeg tenker jo bare at det blir bra når den barn og unge sektoren kommer, og denne tanken på at det skal være en dør.. Og at samarbeidet skal bli bedre, for det er jo veldig slikt skyve mentalitet. Ikke sant at, «nei du er under barnevernet» « Nei, det er helse og omsorg eller diagnoser og annet lovverk» Så de skyver de på, de skyver og skyver i stedet for hva er det beste for barnet ? Slik at de ikke blir kasterballe i systemet.

Trinn 3: Kondensering av tekst og «gullsitat»

Jeg opplever jo at det er veldig mange gode tanker og ideer, men at det ikke er helt der det bør være. Og alle snakker, ja klart vi skal det, det står prioritert i planer og alt, men det er liksom bare ord. Det er en del ting som må være mer systematisert. Det snakkes og snakkes og vi har snakket om det i ti år, rutiner som er gjemt i skuffer på sikker sone. Det er jo helt flaut. Her tenker jeg det må være en massiv greie for å få ting på plass. Jeg tenker jo og at det blir bra med barn- og unge-sektoren, og denne tanken på at det skal være EN dør og at samarbeidet da skal bli bedre. For det er jo veldig skyve mentalitet, ingen vil ta ansvar. Så de skyver og skyver seg i mellom, i stedet for å tenke: hva er det beste for barnet?

Trinn 4: Fra kondensering til analytisk tekst med «gullsitat»

Flere av deltakerne påpeker at det er mange gode tanker og ideer rundt det tverrfaglige samarbeidet, og at det står som prioritert i planer og rutiner. Samtidig indikerer flere at det ikke er helt der det bør være, enda. Flere deltakere opplever at det er mer prat enn handling, og at det hele må være mer systematisert. Det nevnes videre at det krever en stor endring for å få ting på plass. Deltakere stiller seg positive til endringer i kommunene knyttet til ny barne- og unge sektor. *“Jeg tenker jo bare at det blir bra når den barn og unge sektoren kommer, og denne tanken på at det skal være EN dør, og at samarbeidet da kan bli bedre, for det er jo veldig skyve mentalitet.”*

Flere uttalte seg om nettopp denne skyve mentaliteten blant instansene, hvor det oppleves at få tar ansvar og barnet blir derfor en kasterball i systemet. Og at flere av deltakerne håpet at denne barne- og unge sektoren kunne føre til et enda bedre fellesskap og samarbeid mellom instansene.

*“Det må være systemer som gjør at vi faktisk kan jobbe sånn. Det har jo ikke vi. Det snakkes og snakkes, og vi*

*har snakket om det i ti år.. Ikke sant. Rutiner som er gjemte i skuffer på sikker sone. Det er jo helt flaut. Her tenker jeg det må være en massiv greie.”*

#### 4.4.5 Forforståelse og refleksivitet

Malterud (2021, s.44) beskriver forforståelsen som en ryggsekk forskeren tar med seg inn i et forskningsprosjekt. Innholdet i ryggsekken representerer erfaringer, faglige perspektiver, hypoteser, og de brillene forskeren har på når materialet leses og tolkes. Denne ryggsekken vil ha en påvirkning under hele prosjektet.

Ifølge Jacobsen (2018, s. 246-247) vil kravet til kvalitet i kvalitative undersøkelser være knyttet til hvordan forskeren evner å reflektere over samspillet mellom forskningen og resultatene som presenteres. Refleksivitet handler ifølge Malterud (2021, s.19) om at forskere aktivt må se etter ting som utfordrer det bildet og de konklusjonene en hadde på forhånd. At en har et åpent sinn for at forskningsprosessen kan bringe frem noe annet enn det en på forhånd hadde sett for seg. Forskerens forforståelse må derfor klargjøres.

På bakgrunn av at det forskes på egne yrkesprofesjoner, kan det tenkes at vår forforståelse og fortolkning kan ha en medvirkende faktor i studien, som bør tas stilling til ved tolkning av resultater (Grønmo, 2017, s.393). I denne studien er vi en vernepleier og en helsesykepleier som undersøker erfaringer fra egne profesjoner. Informantene arbeider med barn og unge, noe vi også selv gjør. Det er vanskelig å helt stenge ute egne erfaringer, konklusjoner og fortolkninger når en gjennomfører en studie. Dette har vi vært tydelig bevisste på. Både før og underveis i prosjekter har det blitt tatt jevnlig vurderinger over vår egen forforståelse og hvorvidt denne kan ha påvirket utforming av problemstilling, datainnsamling, dataanalyse og resultat.

## 4.5 Metodiske overveielser

Hensikten med studien er å få frem gyldig og troverdig kunnskap om helsesykepleier og vernepleiers virkelighet, deres erfaringer i møte med det tverrfaglige samarbeidet. I dette kapittelet diskuteres kvalitetskriterier i vår kvalitative forskningsstudie. Det vil presenteres ved å benytte begrepene *Validitet(gyldighet)*, *Reliabilitet(pålitelighet)* og *overførbarhet*.

### 4.5.1 Validitet

Ifølge Malterud (2021, s.23) er det vanskelig å svare bekreftende på om det vi finner i en studie er sant. Det er derimot viktig å ta stilling til hva det er sant om (*intern validitet*), og om relevante kartleggingsmetoder er brukt i studien for å få frem gyldig kunnskap på spørsmål som er stilt. Tjora (2021, s. 260,263) påpeker at gyldighet handler om forhold mellom forskning og forskningens kontekst. Hvorvidt svarene som fremstilles i forskning, faktisk er svar på de spørsmålene vi ønsker å undersøke.

Kvalitative semistrukturerte intervju ble benyttet for å belyse studiens problemstilling, da det ble vurdert som en relevant metode for å få mest mulig gyldige svar på problemstillingen. Her fikk vi muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål slik at vi kunne få innholdsrike beskrivelser av informantenes uttalelser. For å unngå misforståelser i utveksling av kunnskap, etterstrebet vi i intervjusituasjonen å spørre deltaker om det var noe vi oppfattet som utydelig eller ikke forstod, med spørsmål som «har jeg forstått deg riktig når du sier at...?» Dette for å sjekke at vår oppfatning samstemte med det informantene fortalte, noe Malterud (2021, s. 193) kaller for *dialogisk validering*.

En svakhet med studien kan knyttes til at over halvparten av informantene var ansatt i samme kommune som oss, som kan ha påvirket deres svar og hvordan vi responderte på deres uttalelser. Om ikke verbalt, nonverbalt i forhold til kroppsholdning og mimikk, som kan ha styrket deres utsagn, eller ført til at de har holdt noe igjen.

Videre har vi gjennomført prosessen fra datainnsamling til transkribering av alle intervjuene selv, noe Malterud (2021, s.79-80) trekker frem som styrkende for validiteten av analyse materialet. Dette på bakgrunn av at vi som forskere og informanter i intervjuet kan

huske momenter fra selve samtalen, som kan oppklare uklarheter som oppstår i transkriberingsfasen. Det har også blitt stilt spørsmål om relevans til formuleringen av problemstillingen vår, hvor vi har sett tilbake på den og tenkt ved flere anledninger, om det faktisk var dette vi lurte på. Slik at vårt fokus stadig var å prøve å besvare den, og det fenomenet vi ønsket å studere så godt som mulig. Videre oppleves det at utvalget gir oss relevant grunnlag for innsikt i det vi er ute etter, som var helsesykepleier og vernepleiers erfaringer.

#### *4.5.2 Reliabilitet*

Reliabilitet henviser til datamaterialets pålitelighet. Reliabiliteten anses høy dersom datainnsamling og undersøkelsesopplegg gir pålitelig data. Dersom en får identiske data ved å bruke samme undersøkelsesopplegg ved ulik innsamling av data som omhandler samme fenomen, vurderes det som pålitelig (Grønmo, 2017 s.240-241). For å etterstrebe reliabilitet i studien ble det valgt å bruke systematisk tekstkondensering av Malterud (2021). Ved å benytte systematisk tekstkondensering var et ønske at analysen skulle ha en fast struktur med klare regler og føringer for fremgangsmåte, samtidig som man på best mulig måte kunne unngå syning. Hyppige refleksjoner og diskusjon mellom oss forskere underveis i analysen av datamaterialet har vært helt essensielt.

Gjennom en "prosjektlogg" ble endringer og vurderinger dokumentert. Dermed ble det en oversikt over valgene som ble tatt underveis. Det oppstod flere situasjoner i intervjuet, hvor vi måtte minne informantene på at det var deres erfaringer vi var ute etter, og det derfor ikke var noe fasitsvar når informantene gjerne stoppet litt opp og spurte oss hva vi ville vite. Vår fortolkning på bakgrunn av vårt faglige ståsted kan likevel noen ganger ha ført til ledende spørsmål i intervjuene, noe som gjerne kan fremstå som en svakhet i forhold til datainnsamling, som igjen kan ha påvirket studiens pålitelighet. Informantene sin varierende arbeidserfaring og ulik praksis kan også ha styrket studiens pålitelighet. I forkant og under studien ble det utført flere søk i databaser, med tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier for å samle inn empiri som kunne støtte opp under vår forskning.

#### 4.5.3 Overførbarhet

Ekstern validitet handler om i hvilken grad kunnskap fra en studie er gyldig i andre sammenhenger, med andre ord er overførbar (Skilbrei, 2023, s. 87-88). Malterud (2021, s. 66) benytter seg også av begrepet overførbarhet, og spør hvordan funnene kan gi ny innsikt som kan nyttiggjøres i andre sammenhenger enn der prosjektet ble gjennomført. Videre forteller Malterud (2021, s.66) at overførbarheten alltid har sine begrensninger. Formålet med denne studien har ikke vært å finne mest mulig overførbare funn, men å få frem informantenes erfaringer og perspektiver på hvorvidt tverrfaglig samarbeid kan ha en forebyggende effekt.

Det kan tenkes at en del av funnene kan være overførbare og av interesse for andre, særlig vernepleiere, helsesykepleiere og andre profesjoner som arbeider tverrfaglig omkring barn og unge. Det kan også ha allmenngyldig karakter for ledere og andre som skal tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid. Funn i studien bør likevel støttes med ytterligere forskning for å styrke funnenes overførbarhet (Malterud, 2021, s.67).

## 4.6 Etikk

I kvalitative studier får forskeren gjennom datainnsamling tilgang til informantene sine kunnskaper og erfaringer. Og som forskere er det nødvendig å ta hensyn til forhold av etisk betydning som skal sikre deltakernes trygghet og sikkerhet. For å sørge for at informanter ikke holder igjen informasjon som er relevant for studien på grunn av utrygghet, er det viktig at forskeren søker å skape gjensidig tillit og respekt. Denne tilliten må ikke misbrukes av forskeren (Malterud, 2021, s. 211-212). I denne studien er det etterstrebet å ivareta etiske hensyn for å unngå at informantene opplever negative konsekvenser av å delta i studien, og det vil videre presenteres hvilke etiske overveielser som er tatt

#### 4.6.1 Søknad og godkjenning

Informantene i studien anonymiseres i ferdig materiale, men vi sitter i en periode på persondata i form av lydopptak. Før oppstart av masteroppgaven ble det i samarbeid med

veileder utarbeidet og sendt inn meldeskjema for personopplysninger i forskning til SIKT (kunnskapssektorens tjenesteleverandør) for godkjenning av forskningsprosjektet (SIKT, u.å.). SIKT kategoriserte personopplysningene som skulle behandles i studien som alminnelige, og prosjektet ble godkjent med forbehold om at gjennomføringen ble som beskrevet i meldeskjemaet. Se vedlegg nummer 1.

Studien innhenter ikke helseopplysninger, og det har derfor ikke vært behov for forhåndsgodkjenning av REK. Studien innhenter ikke helseopplysninger, og det har derfor ikke vært behov for forhåndsgodkjenning av REK (REK-portalen, u.å.).

#### *4.6.2 Informert samtykke og konfidensialitet*

Det stilles krav til informert samtykke ved kvalitative studier. Dersom lydopptak benyttes ved datainnsamling, må det også foreligge et informert samtykke fra deltakerne som deltar i studien, dette er ifølge Malterud (2021, s.153) basert på grunnleggende forskningsetiske prinsipper. Informanten skal gjennom informert samtykke sitte igjen med nok kunnskap om prosjektet til å kunne vurdere om dette er noe det er ønskelig å bidra til eller ikke. Informasjonen skal omhandle info om hvordan data skal samles inn og lagres, og at deltakeren har lov å trekke seg (Malterud, 2021, s.214).

Samtykkeskjema og informasjonsskriv ble utarbeidet i samråd med veileder, og sendt ut til informanter i forkant av intervjuet. Det ble her etterstrebet å vedlegge nok informasjon for at informantene skulle oppleve trygghet på at det i studien ble full konfidensialitet og anonymitet når intervju skulle transkriberes og analyseres. Se vedlegg nr. 2 for ytterligere beskrivelse av samtykkeskjema og informasjonsskrivets innhold.

#### *4.6.3 Anonymisering og datalagring*

Datamateriale og informanter i masteroppgaven er anonymisert, og det er ikke innhentet sensitive opplysninger om deltaker eller arbeidsplass. Samtykkeskjema med signatur er lagret i avlåste arkivskap. Enkelt personer skal ikke kunne gjenkjennes i ferdig oppgave.

Intervju ble tatt opp på private båndopptakere som kun studenter hadde tilgang til. Datamateriale og lydopptak er oppbevart og lagret forsvarlig etter Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for forskningsetikk. Ifølge disse retningslinjene er dataene kategorisert i gul klasse- informasjon som må ha en viss beskyttelse med kontrollerte tilgangsrettigheter. Det er benyttet lagring i Onedrive med tofaktor-pålogging. Lydopptak ble beholdt til alt var transkribert til skriftlig materiale. I prosessen med å transkribere lydopptak til skriftlig materiale er det utelatt gjenkjennbare data som navn, geografi, arbeidssted og lignende på grunn av konfidensialitetshensyn.

## 5.0 Resultat

Vi har forståelse av at helsesykepleiere og vernepleiere har noe ulik kompetanse og faglig ståsted, det er likevel valgt å ikke skille mellom disse profesjonene i funn og diskusjon da det ikke er vårt fokus med denne studien.

Flertallet av informantene i studien jobbet i eller tett på skolen, og skolen med sine ulike yrkesgrupper ble derfor nevnt som en av de viktigste samarbeidspartnerne til informantene i tillegg til barnevern, PPT, helsestasjon, kollegaer, ledere for de ulike enhetene, ungdomsteam, familiesenter og psykisk helseteam. Fritid ble også nevnt som en potensiell viktig samarbeidspartner, og viktigheten av å involvere foreldre i samarbeidet, ble trukket frem.

Informantene ble spurt om hvilke psykiske plager de opplevde hyppigst hos barn og unge. Angst og depresjoner var noe som ble nevnt av de fleste. Økende engstelse, reguleringsvansker, utfordrende hjemmesituasjoner, utrygghet, utenforskap og bekymringsfullt skolefravær var også utfordringer blant barn og unge som flere av informantene møtte på i sin arbeidshverdag.

Det vil videre redegjøres for hovedfunn i studien ved å presentere analytisk tekst med gullsitat som ble utformet i trinn fire i analysen. Etter endt analyseprosess resulterte det i fire hovedkategorier med tilhørende totalt 13 subgrupper. I prosessen ved å omgjøre kondensat til analytisk tekst fikk noen av subgruppene nye titler. Se tabell nr. 4 hvor dette presenteres nærmere.



Tabell nummer 4: Hovedkategorier og subgrupper.

Hovedkategorier/temaer	Subgrupper:
Laget rundt barnet	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Drømmen å få det til</li> <li>2. Rett person på rett plass</li> <li>3. Vi må vite hva andre kan bidra med i samarbeidet</li> <li>4. Det vanskelige samarbeidet med skolen</li> </ol>
Tidlig innsats	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Det er brannslukking vi driver med</li> <li>2. Det er lite effektivt å jobbe på individnivå</li> </ol>
Samhandlingsfaktorer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Den viktige dialogen</li> <li>2. Relasjonens betydning inn i det tverrfaglige samarbeidet</li> <li>3. En felles innsats for barnets beste</li> <li>4. Taushetsplikt vansken</li> </ol>
Organisatoriske og strukturelle forhold	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Det må være trøkk fra toppen</li> <li>2. Møtestruktur</li> <li>3. Det er en skyvmentalitet</li> </ol>

Vi vil påpeke at noen av subgruppene og funnene kan oppleves til dels å gå inn i hverandre, og at det derfor enkelte ganger blir tatt opp tema som ligner hverandre. Vi velger likevel å fremstille dem slik, ettersom funnene her blir presentert i ulike kontekster og vi anser det som essensielt for å få med helheten i våre funn.

## 5.1 Laget rundt barnet

### 5.1.1 Drømmen å få det til

For informantene i studien handler det å jobbe tverrfaglig om å være flere personer som jobber mot et felles mål for et barn eller en ungdom. Det ble vektlagt at samarbeidet var

tverrfaglig når det var ulike yrkesgrupper med forskjellige kunnskaper og roller som kom sammen om det felles målet. I materialet vårt hadde informantene tro på at de kunne treffe med rettere hjelp når de jobbet tverrfaglig på grunn av de ulike perspektivene og forskjellige erfaringene hver enkelt har med seg inn i samarbeidet. På den måten kan de se veien til målet på ulike måter, og gi hjelp som faktisk skaper en endring til det bedre.

En informant mente det var drømmen å få til et tverrfaglig samarbeid. Likevel opplevde flere at det ikke var like enkelt å få til i praksis. Informantene opplevde at det kunne være utfordrende å sette felles mål i et samarbeid på grunn av ulik forståelse av situasjonen. En følte at alle ville det beste, men at man kanskje så situasjonen på litt ulike måter. Samtidig var nettopp det at de ulike yrkesgruppene møter barn og unge i forskjellige situasjoner noe av det som ble trukket frem som en av årsakene til at man er litt avhengig av hverandre og av samarbeid, fordi man klarer ikke alt alene. Å kunne dele erfaringer, snakke om hva som fungerer og ikke fungerer, og avtale hvem som skal gjøre hva for å hjelpe det aktuelle barnet eller ungdommen på best mulig måte, ble trukket frem som viktig. En informant mente det var noe av det beste med tverrfaglig samarbeid, at de forskjellige samarbeidspartnerne visste om hverandre og hvem som gjorde hva

*” Ja. Det at vi jobber sammen. Tenker det at flere øyne ser bedre enn bare et par øyer. I og med at vi ser ting forskjellig, dekker du liksom større områder, i forhold til kunnskaper, erfaringer og alt liksom. Sånn at en får gitt en bredere hjelp på en måte. Og det at vi kan dra ting sammen, sant. En kan jo gjerne være oppi vanskelige saker også, som gjør at en har litt behov for litt støtte fra hverandre”*

#### 5.1.2 Rett person på rett plass

Mange av informantene i studien vektla hvor viktig det var å ha rett person på rett plass for å få til et godt tverrfaglig samarbeid. De opplevde at hvordan et samarbeid går, er veldig personavhengig, noe som gjør det sårbart. Det ble av flere understreket nødvendigheten av å ha personer som ønsket å samarbeide, og som ser viktigheten av det, med på laget. Uten det fungerer ikke et samarbeid optimalt.

*” Men jeg merker jo at det er ganske personavhengig. For at det skal fungere er det avhengig av personer som faktisk vil samarbeide, som vil ha deg med på laget, eller som ser viktigheten av å ha deg med på laget. Det gjør ikke alle.”*

Flere informanter hadde erfart at noen personer tar veldig eierforhold i de forskjellige sakene de står i fordi de kjenner barnet eller ungdommen fra før. Her var det en av informantene som mente at man burde vært mer løsningsfokuset og nysgjerrig på om andre samarbeidspartnere hadde noe å bidra med i stedet.

En informant hadde opplevd hvor personavhengig det kunne være etter at ledelse ble byttet og det ble et økt fokus på samarbeid. Hun føler nå at hun kan gjøre jobben sin fordi hun blir inkludert og kan gi sitt syn på saker. Det opplevdes synd at det skulle være så personavhengig å få til et tverrfaglig samarbeid. En av informantene mente at det kanskje måtte til en endring av holdning og verdsett hos den enkelte. At samarbeid er noe en skal være opptatt av å få til. Slik det er i dag er det på grunn av de personene som strekker seg litt lenger i innsatsen som legges ned for barn og unge, som gjør at man lykkes med noe i det hele tatt, mente deltakerne.

*“Mange strekker seg langt, men det handler litt om å ha rett person på rett plass, de som strekker seg litt lenger i innsatsen de legger ned for barn og unge. Jeg tror det er derfor vi får til ting.*

### 5.1.3 Vi må vite hva de andre kan bidra med i samarbeidet

Å ha kjennskap til hva de ulike instansene kan bidra med og hva de har av kompetanse var noe informantene i studien trakk frem som positivt for samarbeidet. De trodde at en da kunne dra bedre nytte av de ulike utdanningene. At de ulike instansene i et samarbeid har ulik opplæring og kunnskap gjennom utdanningen sin var noe en informant sa at hun ofte måtte minne seg på. Denne forskjellen i utdanningen gjorde at de kunne være mer ulike samarbeidspartnerne sine enn det de først tenkte.

Mange tok for gitt at samarbeidspartnerne hadde mer kunnskap om deres arbeidsfelt enn de egentlig har, og informantene trodde de visste mer om samarbeidspartnerne enn de gjorde. De trakk derfor frem at det er viktig å være nysgjerrig på hva andre kan bidra med i et samarbeid, og at man ser behovet for andres kompetanse.

*“Det er slik jeg merker at jeg veldig ofte må tenke, minne meg selv på at vi er mer forskjellige enn det jeg tror. Og at jeg må og ha med meg at de ikke helt har innsikt i den jobben jeg gjør. Veldig mange tenker på hva helsesykepleier er, men samtidig så vet de ikke helt hva jeg kan*

*bidra med da for eksempel, eller hva jeg har kunnskaper med”*

Informantene opplevde at rolleavklaring var viktig i et etablert samarbeid. Både for å få en felles forståelse over hvilke tiltak som iverksettes, men også for å kunne bruke hverandre når det er behov, ansvarsfordeling og for å vite hvem som gjør hva. En informant hadde opplevd at barn og unge ble henvist videre selv om hun egentlig kunne ha hjulpet i den saken. Møter for å avklare roller mellom de ulike instansene ble trukket frem som nyttig for å unngå dette. Samtidig mente informantene at en åpenhet og undring til hverandre og et fokus på hva man kan få til sammen, en løsningsfokusert tilnærming, ville bidra positivt inn i samarbeidet, til tross for ulike faglige ståsted.

*“Ja, jeg tenker dette her med åpenhet. Åpenhet for hverandres utdanninger, aksept av hverandre sin utdanning. Og den forskjelligheten, at vi ikke skal ha et jeg er bedre enn deg opplegg. Heller hva kan jeg bidra med, hva kan jeg være med og løse, og at vi har en åpen dialog. Og er undrende, at vi undrer oss sammen uten å begrense.”*

#### *5.1.4 Det vanskelige samarbeidet med skolen*

Flere av informantene i studien formidler at de opplever samarbeidet med skolen som noe utfordrende. De opplever at skolene har nok med seg selv, og at det er vanskelig å komme til på skolene. En vernepleier beskrev det som en kultur som har satt seg, og hun synes det var vanskelig å forstå hvorfor det var blitt slik.

En informant mente det gjelder å komme i kontakt med de rette personene på skolen som har litt fokus på psykisk helse, og jobbe litt undercover for å få innpass. Det var også en felles forståelse blant flere i studien at skolen ikke hadde kunnskap om hva de andre yrkesgruppene kunne bidra med. Man opplevde å ikke bli inkludert i saker, eller bli koblet på for sent.

*“Ja, det er jo en kultur som har satt seg. Nei, vi kommer liksom ikke inn. Jeg vet, jeg kan ikke sette fingeren på det. Jeg forstår det ikke rett og slett. Så hvis du skal inn, så må du snike deg inn ved å finne de rette personene. Ehhh mye sånn sosiallærer type som har fokus på psykisk helse. Så snakker du litt med dem. Så jobber du litt undercover på en måte. Det er kjempedumt.”*

Noen opplevde at skolen sitt syn på hvordan saker skulle løses, skilte seg ut fra de andre

instansene sitt syn. At skolen sitt hovedfokus var læring og alt de fikk til, og skolen ble av flere informanter oppfattet som noe skrytete over sine løsninger. At skolens fokus var at alt går fint, fremfor å få frem den aktuelle problemstillingen barnet eller ungdommen står i. Ja, så det var en felles oppfatning blant deltakerne i studien at skolen, spesielt lærere, har det litt vanskelig når det kommer til det å jobbe tverrfaglig.

Samtidig sa en helsesykepleier at det var gode ting på gang, og at man kunne se en endring. Det hadde med å gjøre at de hadde fått ny ledelse på skolen hun jobbet på, en skoleledelse som var inkluderende og mente at de måtte jobbe som et lag for å få noe til. Informantene i studien dro frem at dette burde være holdningen i et samarbeid - at en skal spille hverandre gode og være et lag, fordi det opplevdes utfordrende å være i et samarbeid uten tydelig retning for mål og hva samarbeidet skal bestå av.

*“Jeg føler at lærerne har vært litt vanskelige når det kommer til tverrfaglighet, for de er så opptatt av og.. Jeg føler at de mer enn noen andre er så veldig opptatt av å på en måte fremstå slik at de har gjort ting rett på en måte. De er så opptatt av å fremstå som at Ja, her går det fint! - ikke sant.»*

## 5.2 Tidlig innsats

### 5.2.1 Det er brannslukking vi driver med

Flere informanter i studien ga uttrykk for at de kunne ønske at et godt tverrfaglig samarbeid hadde vært etablert før ting oppstod slik at de hadde hatt mulighet til å være tidligere ute. De hadde en opplevelse av at de ofte kom inn i saker litt sent.

Å kjenne til hva de ulike samarbeidspartnerne kunne bidra med var noe som av flere ble sett på som positivt for å lettere komme i kontakt og samle ”laget rundt barnet” raskere. Informantene synes det var mye arbeid som ble gjort i kommunene, men fordi ting ikke hang sammen og instansene ikke visste om hverandre, ble det mer snakk om samarbeid enn handling. Flere var opptatt av at det hadde vært bedre for barn og unge om de hadde klart å være i forkant av problemene. At de burde komme tidligere sammen, og jobbe bedre sammen, for å forebygge at psykiske plager hos barn og unge ikke eskalerer og blir større.

Det var en felles opplevelse hos flere av informantene i studien at de drev med

brannslukking i stedet for forebygging. De ga uttrykk for at de ønsket at et samarbeid startet før, og gjerne at en koblet på instansene litt tungt fra starten for og heller redusere etter hva behovet var. Slik de jobbet i dag satt de mye alene til sakene ble for store. Da skulle alle instanser inn. Informantene mente at de da var for sene.

*“Og de, som du og sa det bare “whoh!”, slukk den brannen, slukk det, slukk det. Det er ikke det, vi må jo arbeide med de for å kunne slukke den brannen. Trenger vi å slukke brann alltid da? Kunne vi ikke heller vært litt i forkant? Jeg liker heller å være i forkant”*

### 5.2.2 Det er lite effektivt å jobbe på individnivå

Flere av informantene så på forebygging som en del av sin hverdag. Spesielt helsesykepleierne snakket om hvordan de så på de fleste arbeidsoppgavene sine som forebygging. Både det å være i samtaler med barn og unge, ha undervisning, delta i samarbeidsmøter, og å være tilstede på skolen for de som eventuelt skulle ha behov for det. Mange nevnte at de opplevde det kjempeviktig å satse på forebyggende arbeid, at de ikke bare skulle trø til når noe oppstår. Samtidig var det flere informanter som opplevde at de jobbet mindre forebyggende enn det de skulle ønsket.

Det ble brukt mye tid på individuelle samtaler, noe informantene erfarte spiste opp tiden deres. Dette opplevdes lite effektivt, og de var usikre på om det egentlig hjalp å sitte å prate en-til-en. Flere følte at de jobbet mer som behandlere enn at de drev med forebygging.

*“Altså jeg, sånn personlig så føler jeg at jeg jobber mindre forebyggende enn det jeg skulle ønsket. Jeg.. altså sant, en viktig del av min jobb er å jobbe forebyggende. Men, jeg føler at ofte kommer jeg for sent inn i saker, så det blir mer.. akkurat som at noen ganger føler jeg meg mer som en behandler.”*

At det burde jobbes mer på systemnivå var noe informantene var opptatt av. At det må jobbes på en annen måte, og ressursene må brukes annerledes enn det gjør i dag. Det var et ønske for mange å nå ut til flere. Det ble beskrevet som en drøm å få gjøre mer på systemnivå for å nå ut til flere barn og unge på et tidligere tidspunkt.

*“I begynnelsen så hadde jeg mye mer samtaler med personene, med elever før jeg gjerne gjorde noe. Mens nå går jeg kjapt videre, og tenker hva kan jeg gjøre i stedet for å sitte å ha støttesamtaler.. Det føler jeg veldig. Jah... hjelper lite”*

## 5.3 Samhandlingsfaktorer

### 5.3.1 Den viktige dialogen

Informantene i studien gjentar flere ganger i løpet av intervjuene, viktigheten av å prate sammen i det tverrfaglige samarbeidet. Det å ha en god dialog med andre instanser oppleves av deltakerne som helt essensielt. Dialogen måtte bære preg av tydelig tale og tilbakemeldinger på hva som ble gjort på de ulike arenaene. Andre forteller at de opplever god kommunikasjon med sine nærmeste kollegaer, som de gjerne omgås daglig med, men at samarbeidet opplevdes noe mer utfordrende når det skulle samarbeides med andre utenfor her.

Det fortelles om opplevelser av mangelfull kommunikasjon og for lite tilbakemeldinger i det tverrfaglige samarbeidet. Videre påpekes det i studien vår at dette da kunne medføre at de jobbet for individuelt, noe som igjen gjorde at det ikke ble så tverrfaglig likevel. Som en informant sa: "Det er viktig at vi har god kommunikasjon og informasjonsflyt, at vi ikke sitter på hver vår tue"

*"Før da jobbet jeg jo for meg selv i det hjørnet der, mens de andre jobbet kanskje med akkurat det samme der. Så fant vi ut at sosiallærer og jeg snakket med de samme elevene om det samme, sant så jeg tenker jo at det å ha en god dialog er viktig"*

### 5.3.2 Relasjonens betydning inn i det tverrfaglige samarbeidet

Informantene i studien var relativt enstemmig når det kom til viktigheten av en god relasjon i det tverrfaglige samarbeidet. Slik som den ene deltakeren sa " jeg tenker, har du ikke relasjon så har du ingenting". Videre fortelles det at gode relasjoner på tvers av fagene gjorde dem til bedre samarbeidspartnere, som igjen kunne gjøre det tverrfaglige samarbeidet lettere. Dette bekreftes av flere i studien, da det uttales at de samarbeidet bedre med dem de etablerte god relasjon til, som igjen gjorde terskelen lavere for å ta kontakt med hverandre.

Enkelte i studien påpeker viktigheten av å kjenne hverandre og hva de ulike instansene kan bistå med før det kan innledes et tverrfaglig samarbeid. Og når det først var etablert et tverrfaglig samarbeid, påpekes det av deltakerne hvor betydningsfullt det var med gjensidig

respekt, tillit og åpenhet i gruppen. Det å lytte til hverandre og møte hverandre med ydmykhet og raushet ble nevnt flere ganger. *“En må på en måte være litt ydmyke med hverandre og rause, hvis ikke hemmer det og utfordrer samarbeidet”*

Det var en felles oppfatning av at dårlig kommunikasjon kunne skape utfordringer i et samarbeid, og at gode relasjoner i det tverrfaglige samarbeidet måtte være på plass. Og at kun da kunne man yte gode tjenester til barn og unge.

*“Så relasjon er viktigst over alt, en god relasjon, det er nøkkelfaktoren, det er denne x-faktoren, tenker jeg.”*

### 5.3.3 En felles innsats for barnets beste

Informantene i studien formidler viktigheten av tillit i det tverrfaglige samarbeidet og at alle gjør en innsats. Det fortelles om en opplevelse av irritasjon som oppstår når enkelte ikke gjennomfører eller følger opp tiltak som er vedtatt i fellesskap. Videre i studien gis det uttrykk for viktigheten av at alle som er på ansvarsgruppemøter viser at de ønsker det beste for barnet, og at alle tar ansvar.

*“Jeg tenker det er utrolig viktig at vi jobber sammen for å gi god tjeneste til barn og unge.”*

Flere påpeker nødvendigheten av at de ulike instanser og aktører er lojale til det som faktisk er blitt bestemt, og ikke kjører sololøp i etterkant. Informantene understreker at viljen til å samarbeide med andre er en viktig faktor for å lykkes, og at denne viljen kan i tilfeller svikte hos noen. Det poengteres videre at viljen til å strekke seg for å yte det beste til barnet, er helt essensielt i et tverrfaglig samarbeid.

*“ Det er jo det her, det elementet med at du ikke skal fraskrive deg helt liksom. At de som er i ansvarsgruppemøter ønsker det beste for barnet, så det er jo litt slik vilje til å samarbeide. Og det er kanskje den viljen som svikter av og til- i noen instanser. Så viljen er viktig, viljen til å strekke seg for å gjøre det beste for barnet tenker jeg.”*

### 5.3.4 Taushetspliktvansken

Flere av informantene i studien informerer om at taushetsplikt i det tverrfaglige samarbeide kan by på utfordringer. Det fortelles om opplevelser av at flere gjemmer seg bak



taushetsplikten oftere enn en bør, og at det kan resultere i at det ikke gis rett og tilstrekkelig hjelp til barn og unge. Det understrekes av flere i studien vår at de ulike instansene er avhengige av hverandre og at nettopp derfor må informasjon deles. Videre gir informantene uttrykk for at taushetsplikten kan oppleves både hemmende og irriterende når man sitter i møter og diskuterer ulike saker sammen. Samtidig opplever flere at taushetsplikten ikke alltid trenger å være et stort hinder, så sant det foreligger et samtykke slik at nødvendig informasjon deles mellom de ulike instansene. Flere som fremhever at taushetsplikt også verner barn og unge, og tilrettelegger for etablering av tillit, noe som de mente kunne være en årsak til at barn og foreldre i utgangspunktet valgte å dele informasjon med dem.

*“Og det jeg tror, er at både barn og foreldre som står i det, tenker at det er jo bedre at du får fortalt det, enn at de må selv fortelle det for tyvende gang. Så jeg tror jo at det er mer oss, denne taushetsplikt vansken”*

## 5.4 Organisatoriske og strukturelle forhold

### 5.4.1 Det må være trøkk fra toppen

Informantene uttalte seg flere ganger om viktigheten av at det kommer trøkk fra toppen, hvor det ble lagt særlig vekt på tydelig ledelse. Samtidig ble det påpekt nødvendigheten av å ha rette ledere som så muligheter fremfor begrensninger, hvor de gikk inn i et tverrfaglig samarbeid med nysgjerrighet og et løsningsfokusert blikk. Informantene i studien var relativt enstemmig at det hele måtte starte med ledelsen, det ble fortalt at det måtte starte ovenfra og ned, og ikke nedenfra og opp. Flere fremhevet at det måtte legges klare føringer fra ledelsen om hva som skulle bli gjort, og hvem som skulle gjøre hva. Det kom og fram at denne forpliktelsen og forankringen måtte eies og komme fra høyeste hold, slik at alle tok ansvar og ingen kunne sluntre unna. Spesielt en av informantene påpekte at dette måtte være bud nummer EN i et tverrfaglig samarbeid, hvis ikke forpliktelse og forankring var på plass, foregikk det tverrfaglige samarbeidet i en veldig begrenset sirkel. Flertallet av deltakerne mente at ledelsen var mer delaktig i møter før, og at dette var noe de savnet. Mens to av informantene kunne fortelle at ledelsen var mer pålogget og tilstede nå enn tidligere.

*“Her må vi begynne fra toppen og ned, vi nede, vi skriker og skriker og det har vi gjort i mange år! Så klar og tydelig ledelse, dette skal vi, dette vil vi, og dette må alle være med på. Systemer som ligger til rette for det, og en felles satsing for alle dette gjelder, tenker jeg. “*

#### 5.4.2 Møtestruktur

Det var en felles opplevelse hos informantene i studien at en ofte måtte etterforske selv hva andre kunne bidra med, og at det var et tydelig ønske om økt møtehyppighet og faste kontaktpersoner på de ulike arenaene. Studien viser en klar enighet blant informantene om at det var behov for bedre møtestruktur og flere møtepunkter mellom instansene de samarbeidet med. Her ble det blant annet ytret ønsker om uformelle drøftingsmøter og nettverksmøter i kommunen som var bedre systematisert. Noen av informantene forteller om en opplevelse av å være alene i saker som vedrører barn og unge, og at de derfor opplever disse møtene som verdifulle. Det benevnes flere ganger at de må møtes oftere, og at kanskje det kunne vært enklere dersom de hadde vært på samme bygg og ikke spredt rundt i kommunen. Videre uttrykkes det at når de møtes for sjeldent, kan det skape utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet.

*“PPT kommer annenhver uke, så da vet jeg at jeg kan møte henne der, og drøfte ting med henne der, men de andre ser jeg jo ikke. Så jeg kunne tenkt meg at vi hadde litt mer sånn uformelle drøftingsmøter. Da hadde vi blitt litt mer kjent “*

#### 5.4.3 Det er en skyvmentalitet

Flere av informantene påpeker at det er mange gode tanker og ideer rundt det tverrfaglige samarbeidet, og at det står som prioritert i planer og rutiner. Samtidig indikerer flere at det ikke er helt der det bør være, enda. Flere informanter opplever at det er mer prat enn handling, og at det hele må være mer systematisert. Det nevnes videre at det krever en stor endring for å få ting på plass. Deltakere stiller seg positive til endringer i kommunene knyttet til ny barne- og unge sektor.

*“Jeg tenker jo bare at det blir bra når den barn og unge sektoren kommer, og denne tanken på at det skal være EN dør, og at samarbeidet da kan bli bedre, for det er jo veldig skyvmentalitet.“*

Flere uttalte seg om nettopp denne skyvmentaliteten blant instansene, hvor det oppleves

at få tar ansvar, og at barnet derfor blir en kasteball i systemet. Flere av informantene håpet at denne barne-og unge sektoren kunne føre til et enda bedre fellesskap og samarbeid mellom instansene.

*“Det må være systemer som gjør at vi faktisk kan jobbe sånn. Det har jo ikke vi. Det snakkes og snakkes, og vi har snakket om det i ti år.. Ikke sant. Rutiner som er gjemte i skuffer på sikker sone. Det er jo helt flaut. Her tenker jeg det må være en massiv greie.”*

## 6.0 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan helsesykepleiere og vernepleiere erfarer at tverrfaglig samarbeid kan ha en forebyggende effekt på psykiske plager hos barn og unge. Det var også ønskelig å få et innblikk i hvordan helsesykepleiere og vernepleiere arbeider for å forebygge psykiske plager, og hvilke faktorer de opplever som fremmende eller hemmende for tverrfaglig samarbeid.

I dette kapittelet vil studiens funn diskuteres i lys av teori og tidligere forskning før studiens styrker og begrensninger diskuteres i metodediskusjon

### 6.1 Veien til et velfungerende tverrfaglig samarbeid

Som tidligere nevnt defineres tverrfaglig samarbeid i denne studien som at to eller flere tjenester jobber sammen for å gi barn- og unge et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2022, s.6). Det var også slik informantene i studien så på tverrfaglig samarbeid; at ulike fagpersoner med forskjellige kunnskaper kom sammen om et felles mål. Kommunen har ansvar for å tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid når det er behov for mer helhetlige tjenester for å imøtekomme brukerens behov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-4), og en plikt til å samarbeide på systemnivå og individnivå (Helsedirektoratet, 2022). Med en økende selvrapporing av psykiske plager hos barn-og unge, (Meld.ST 23 (2022-2023) s. 9 og 19) er det også veiledere som snakker konkret om kommunens plikt til tverrfaglig samarbeid for å gi hjelp til barn og unge med psykiske plager (Helsedirektoratet, 2023). Til tross for lover, planer og veiledere som sier noe om kommunens ansvar, og informantenes syn på viktigheten av tverrfaglig samarbeid, opplevde de det utfordrende å få det til i praksis. Dette samsvarer med funn i Cooper et al (2016, s.325-342) sin oppsummeringsstudie hvor tverrfaglig samarbeid generelt ble sett på som nyttig og viktig av både fagpersoner og brukere, men likevel utfordrende på grunn av faktorer som opplevdes hemmende for samarbeidet. Ifølge Glavin og Erdal (2018, s.40-45) er det både suksesskriterier og hindringer for tverrfaglig samarbeid, noe også informantene i denne studien trekker frem.

### 6.1.1 Betydningen av å sette felles mål

“Det felles målet” i tverrfaglig samarbeid var noe som ble nevnt av alle informantene i studien. Dette hadde informantene tro på, og de hadde en drøm om å få til et velfungerende tverrfaglig samarbeid til barnets beste. Informantene trakk frem at det opplevdes som viktig og nødvendig å samarbeide med andre yrkesgrupper som møtte barn- og unge på andre arenaer enn dem selv. For erfaringsutveksling og støtte, men også for å sette dette felles målet og bestemme videre tiltak sammen. For å kunne gi best mulig hjelp til det aktuelle barnet eller ungdommen. Dette samsvarer med funn i teori og studier som viser at en god tverrfaglig samarbeidsprosess blant annet kjennetegnes av at man i samarbeidet vektlegger å ha felles mål for å finne gode og helhetlige løsninger for brukerne, og for å fremme tverrfaglig samarbeid (Lone og Værnor, 2019, s.62; Kinge, 2012, s. 43; Glavin og Erdal, 2020, s. 43). Glavin og Erdal (2020, s. 43) skriver at når barnets beste er den felles målsettingen, vil det være lettere å legge en strategi for samarbeidet.

I dag er psykiske helseplager blant barn og unge er en av de største utfordringene i folkehelsearbeidet (Prop.121 S (2018-2019), s.10). Manglende samarbeid mellom instanser viste seg i en studie å være forbundet til at psykiske helseplager ikke oppdages (Martiniussen et al, 2017, s.487-496). Dette korrelerer med Cooper et al (2016) som fant sammenhenger mellom tverrfaglig samarbeid og positive utfall for brukere av tjenestene, og større tverrfaglig samarbeid ble assosiert med forbedret psykisk helse-status. I studien til Savolainen et al (2021, s.195-217) rapporterte under halvparten av respondentene at de opplevde at de kom tidlig nok i gang med tiltak når barn viste tegn til psykiske helseplager. Noe av årsaken til dette var utfordringer knyttet til ulik praksis hos de forskjellige profesjonene. Når det ikke blir satt felles mål kan det resultere i parallelle tiltak og fragmenterte tjenester som er en viktig barriere for å tidlig kunne identifisere og forebygge plager hos barn og unge med behov for oppfølging (Hansen et al, 2020, s.11). Dette synliggjør viktigheten av et felles mål, og sammenfaller med informantenes syn på nødvendigheten av et felles mål.

### *6.1.2 Å utvikle en felles problemforståelse gjennom å forstå egen og andres kompetanse*

For informantene var en del av utfordringsbildet med tverrfaglig samarbeid likevel nettopp det å sette felles mål. Informantene nevnte at ulik fagbakgrunn kunne prege hvilken forståelse en hadde av barn- og unge sine utfordringer, og dermed også hvilke mål en skulle sette. Informantenes opplevelser samsvarer med teori og funn fra andre studier. En forutsetning for å kunne sette felles mål er at aktørene i samarbeidet utvikler og har en felles problemforståelse (Glavin og Erdal, 2018, s.33; Hansen et al, 2020, s.12).

Dersom en skal oppnå en felles problemforståelse, utløser det et behov for å klargjøre roller, kompetanse og hvilke erfaringer den enkelte har i et samarbeid (Ødegård og Willumsen, 2011, s.189-199). Dette samsvarer med funn i denne studien hvor det fremheves blant informantene at ved å ha kjennskap til hverandres kompetanse og ansvarsområde, kunne en lettere oppnå en felles forståelse av utfordringsbildet og iverksette nødvendige tiltak. Det motsatte, uklare roller, ville kunne hemme samarbeidsprosessen. PINCOM-modellen viser at det er mange måter et samarbeid kan konstrueres på (Ødegaard, 2016, s. 124). Den trekker frem rolleforventninger som en faktor. Uavklarte roller i et samarbeid kan resultere i at oppgavene ikke blir hensiktsmessig løst, og at det ikke er tydelig hvem som skal gjøre hva. Forventninger til roller knyttes til profesjon og arbeidssted (Ødegaard, 2016, s. 121). Å forstå og ha kunnskap om andre faggrupper sin kompetanse, arbeidsmetoder, ansvarsområder, oppgaver, roller, perspektiv og holdninger er positivt for det tverrfaglige samarbeidet (Cooper et al, 2016, s.325-342; Lone og Værnor, 2019, s.61-64). De samlede funnene fra funn, teori og studier gir oss en indikasjon på at dersom deltakere i et tverrfaglig samarbeid ikke har klarhet i hvem som skal gjøre hva, kan det tenkes å være forvirrende for det barnet eller ungdommen som er i behov for hjelp. Det å ha kjennskap til samarbeidspartnere sin rolle og kompetanse vil derfor kunne sies å være en viktig faktor for å fremme samarbeidet, men også for å skape ryddige rammer rundt forebygging av psykiske plager hos barn og unge.

En av informantene sa at hun noen ganger måtte minne seg selv på at det var større ulikhet i kompetanse mellom henne selv og samarbeidspartnere enn hva hun i utgangspunktet tenkte. Ifølge Glavin og Erdal (2018, s.45) er forskjellene mellom de ulike yrkesgruppene nettopp noe av det som kan styrke kompetansen i et tverrfaglig samarbeid. Og Eikeli (2020,

s.77-78) sier at de ulike yrkesgruppernes virkelighetsoppfatning gir muligheter til å løfte samhandlingen. Ulikhetene kan drive samarbeidet fremover, og sikre en bredde av tjenester, men for å utnytte dette må de ulike partene kjenne til hverandre sin kompetanse og synliggjøre sin egen (Glavin og Erdal, 2018, s. 45; Hauksdottir og Iversen, 2020, s. 52; Willumsen, 2016, s.43-45). Informantene opplevde likevel at denne ulikheten også kunne skape utfordringer i samarbeidet. Noe som igjen peker på behovet for rolleavklaring. I et forebyggingsperspektiv kan man anta at innsats på mer enn én arena har større effekt (Skogen et al, 2018, s.26), og det synliggjør behovet for denne bredden av kompetanse. Vi vet at barn og unge oppholder seg på ulike arenaer, kommer fra ulike familier, og har ulike utgangspunkt. Dette belyser viktigheten av at barn og unge møtes av flere blikk og en bredere kompetanse gjennom tverrfaglig samarbeid. Dette sier noe om viktigheten av at partene i et tverrfaglig samarbeid klarer å legge vekk fokuset på ulikhetene, og heller bruke de ulike ressursene for å gi en helhetlig hjelp til barn og unge.

Flere av informantene tok for gitt at samarbeidspartnerne hadde mer kunnskap om deres arbeidsfelt enn de egentlig har. Flere ganger hadde de opplevd å bli koblet på for sent i enkelte problemstillinger rundt barn- og unge, og at det ble sendt henvisninger videre til andre instanser uten at det ble tatt stilling til om informantene kompetanse kunne benyttes først. De stilte spørsmål ved årsaken til dette. Det kan tyde på at samarbeidspartnere heller ikke hadde oversikt over helsesykepleierne og vernepleierne sin kompetanse, og hva de kunne bidra med i når det gjelder å forebygge psykiske plager hos barn og unge. Dette opplevde også informantene i Dahl og Crawford (2018, s.178-184) sin studie hvor oppgaver som var innenfor helsesykepleiers mandat ble utført av andre ansatte på skolen. Også vernepleiere som jobber i skolen har hatt opplevelser av å ikke være nok involvert (Gjertsen et al, 2018, s.170). I Skundberg-Kletthagen og Moen (2017, s.5044-5051) sin studie erfarte helsesykepleiere i skolehelsetjenesten at det var vanskelig å overbevise lærere om at tiden elever tilbrakte hos helsesykepleier var forebyggende for problemene fremover. Dette har overføringsverdi til andre yrkesgrupper også, og synliggjør at en gjensidig forståelse av hverandres kompetanse er fruktbart for et tverrfaglig samarbeid til barnets beste. Ikke bare må informantene i denne studien ha oversikt over andres kompetanse for å ta kontakt med rett instans innen rett tid, men de må også synliggjøre sin egen kompetanse for sine samarbeidspartnere. Det kan diskuteres hvem sitt ansvar det er å formidle egen kompetanse

og tilegne seg kunnskap om sine samarbeidspartnere. Informantene i denne studien mente det burde være tilrettelagt for relasjonsbygging med samarbeidspartnere utenom selve samarbeidet. Dette ansvaret la de på organisering og struktur fra ledelsesnivå som vil diskuteres senere, men det ble samtidig trukket frem at om et tverrfaglig samarbeid ble vellykket eller ei var personavhengig.

### *6.1.3 Når samarbeidet blir personavhengig*

Informantene i studien vektla hvor personavhengig det var å få til et samarbeid. De personene som så behovet for, og som hadde viljen til samarbeid, ble trukket frem som en betydelig fremmede faktor. Informantene forteller om opplevelser hvor samarbeidspartnere tok veldig eierskap, i stedet for å involvere andre. Her mente de at flere heller burde være mer løsningsfokuserete, og faktisk se hva også andre kunne bidra med.

Dette kan handle om synet på egen profesjonsrolle, og sier igjen noe om viktigheten av å kjenne til hva andre profesjoner har av kompetanse, og hva de kan bidra med. Noen ganger må man rette et kritisk blikk på egen praksis (Glavin og Erdal, 2018, s.43). Dette samsvarer med det informantene sier om å være mer nysgjerrige på hva andre kan bidra med, for å se om det er flere måter å møte utfordringene på. Ifølge Hauksdottir og Iversen (2020, s. 57) utfordres profesjongrensene i tverrfaglig samarbeid. Det er nødvendig å forstå egen og andres rolle, respektere og anerkjenne hverandres ulikhet, sette ord på hva en selv kan, og sette seg inn i andres kompetanse. På den måten kan man møte samarbeidspartnere med åpenhet og faglig trygghet uten å være bekymret for at profesjonsrollen trues. Det er tross alt brukernes behov som skal være i fokus, ikke en maktkamp mellom profesjonene (Hauksdottir og Iversen, 2020, s.56).

Enkelte samarbeid opplevde informantene i studien som vanskeligere enn andre. Det kunne handle om mangel på lojalitet for det som var bestemt. Personer som valgte å kjøre et sololøp. Dette erfarte informantene kunne ha med holdninger hos den enkelte å gjøre, men også at vilje til samarbeid spilte inn. Det opplevdes sårbart når samarbeidet ble så personavhengig.



Skolen ble av de fleste informanter nevnt som en av de viktigste samarbeidspartnerne. Et interessant funn i studien er derfor deres opplevelse av at samarbeidet med skolen, spesielt med lærerne, ble ansett som utfordrende. De mente skolene hadde en egen formening om hvordan de skulle møte de ulike problemstillingene, og at det var lite inkludering av samarbeidspartnere. Det ble oppfattet slik at skolen var mer opptatt av hvilke positive tiltak de fikk iverksatt, fremfor å ha et helhetlig blikk på utfordringene til det aktuelle barnet. Flere av informantene var tydelig på at for å få til et tverrfaglig samarbeid i skolen, måtte en komme i kontakt med de rette personene for å få innpass. Skolen er en viktig arena både med tanke på faglig utvikling, men også sosial utvikling, helse og livskvalitet, og en arena de fleste barn og unge oppholder seg på (Skogen et al, 2018, s. 37). Cooper et al (2016, s.325-342) fant at økt samarbeid mellom skolen og andre tjenester gav positive effekter for barn og unge. En økt forståelse av psykisk helse og tidligere identifisering av eventuelle utfordringer var blant noen effekter som ble nevnt. Et samarbeid med skolen vil derfor kunne sies å være av vesentlig betydning når det gjelder forebygging av psykiske plager hos barn og unge. Det oppleves derfor som bekymringsverdig når flertallet av informantene erfarer samarbeidet som krevende.

#### *6.1.4 Betydningen av kommunikasjon og relasjonelle forhold*

Det å ha en god kommunikasjon, dialog og informasjonsflyt med samarbeidspartnerne blir sterkt vektlagt i studiens funn. Det ble delt erfaringer om situasjoner hvor informantene hadde opplevd mangelfull kommunikasjon som destruktivt for samarbeidet. Videre forteller de at det foregikk mer individuelt arbeid enn det som var hensiktsmessig når vesentlig informasjon uteble. Da erfarte de å sitte på hver sin "tue", og ikke arbeide tverrfaglig. Et av de tolv begrepene som inngår i PINCOM- modellen er blant annet *kommunikasjon*, som også betegnes som limet i alt samarbeid. Det fremheves her at det er viktig å tenke på hvordan det utveksles informasjon mellom de profesjonelle, men også hva som kan skje ved manglende informasjonsflyt. Videre presiseres det at ved å skape gode systemer og rutiner for kommunikasjon i samarbeidsprosesser, vil det også lettere danne et grunnlag for et godt samarbeid (Ødegård, 2016 s. 123). På bakgrunn av dette kan det tenkes at det bør etterstrebes å legge føringer for god kommunikasjon og informasjonsflyt i tverrfaglige

samarbeid. Og hva skjer dersom instansene ikke klarer å kommunisere godt nok? Konsekvensene kan ramme mange, det kan likevel tenkes at det er sårbare barn og unge som rammest hardest. Noe som bekreftes med funn i studier, hvor mangelfull og kommunikasjon av dårlig kvalitet, er en barriere for vellykket tverrfaglig samarbeid (Cooper et al, 2016, s.325-342; Kanste et al, 2013, s.1-15; Savolainen et al, 2021, s.195-217). En følge av manglende samhandling og kommunikasjon kan være fragmenterte tjenester hvor barn og unge ikke får den helhetlige hjelpen de er i behov av (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017, s.50). En av informantene forteller at hun og sosiallærer hadde samtaler med samme elev, uten å vite om hverandre. Dette kan tenkes å være lite ressurseffektivt, men og gjerne belastende og uforutsigbart for eleven som søker hjelp. Dette viser igjen at kommunikasjon på tvers av profesjoner gir en større sjanse for å lykkes med det forebyggende helsearbeidet (Skogen et al, 2018 s.41).

En annen viktig faktor i den tverrfaglige kommunikasjonen er taushetsplikten. Det var fremtredende blant informantene i studien at taushetsplikt kunne by på utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet, og resultere i at det ikke ble gitt rett og/eller tilstrekkelig bistand til barn og unge. Taushetsplikt skal sikre forsvarlig forvaltning av opplysninger (Justis- og beredskapsdepartementet, 2023, s.9). Samtidig fremhever Glavin & Erdal (2018, s.47) at taushetsplikt ikke skal være et hinder for tverrfaglig samarbeid. Flere informanter kunne likevel meddele erfaringer hvor taushetsplikt opplevdes hemmende for det tverrfaglige samarbeidet. Dette samsvarer også med funn i Cooper et al (2016, s.325-342) hvor taushetsplikt ble utpekt som en utfordring for det tverrfaglige samarbeidet.

Så hvordan kan man arbeide med forebyggende helsearbeid rundt utsatte barn og unge, dersom nødvendig informasjon ikke kan deles? I følge Ødegård (2016, s.117) kommer det frem i teori at de aktørene som samarbeider har for sprikende og uforenlige oppfatninger om hvordan taushetsplikten skal håndteres, som igjen kan påvirke hva som kommer ut av samarbeidet. Samtidig var det en informant i studien som formidlet at taushetsplikt gav et grunnleggende fundament for tillit. Og at denne taushetsplikt vansken mest sannsynlig var en barriere etablert av tjenesteytere. Som tidligere nevnt anses kommunikasjon som en nøkkelfaktor for å lykkes med tverrfaglig samarbeid. Deltakere i studien forteller derfor om gode erfaringer med å innhente samtykke, som tillot dem å dele nødvendig informasjon på

tvers av tjenestene. Glavin & Erdal (2018, s. 49) løfter også frem viktigheten av å innhente et samtykke når det skal samarbeides om barn og unge, slik at samarbeidspartnere kan utveksle informasjon som er nødvendig for samarbeidet.

Et annet funn i studien indikerte at informantene opplevde det lettere å samhandle med sine nærmeste kolleger. Dette kan fortelle oss noe om betydningen av å ha en relasjon til sine samarbeidspartnere. Relasjonen gjorde blant annet terskelen lavere for å ta kontakt ved behov, noe de mente var en fordel for barn og unge. I den tverrfaglige relasjonen opplevde informantene at ferdigheter som respekt, tillit, åpenhet, og det å være lydhør for hverandres uttalelser som vesentlig, og av stor betydning for det tverrfaglige samarbeidet. Dette korrelerer med funn i andre studier (Cooper et al, 2016, s.325-342; Lone og Værnor, 2019, s.61-64; Ødegård og Willumsen, 2011, s.189-199) Ødegård og Willumsen (2011, s.189-199) sine funn beskriver at en god samarbeidsprosess blant annet er preget av gjensidig respekt, likeverdighet, god dialog og felles innsats. Dette anses å være en del av det relasjonelle perspektivet, som indikerer at en kommer raskere i gang med forebyggende tiltak dersom relasjonelle forhold er på plass. Ifølge Næss og Halvorsen (2020, s.85-91) innebærer samarbeidskompetanse å ha ferdigheter innenfor tverrprofesjonell kommunikasjon og relasjon. Og som Iversen og Hauksdottir, (2020, s.13) påpeker, må tverrprofesjonell samhandling læres. En konklusjon er derfor at det må være fokus på å skape samarbeidskompetanse blant profesjonelle som arbeider med barn og unge i kommunene.

## 6.2 Tverrfaglig samarbeid forankret i ledelsen

Informantene i denne studien fremhevet betydningen av å ha tydelige og rette ledere som så nødvendigheten av et tverrfaglig samarbeid. De formidlet et sterkt behov, og et ønske om en ytterligere systematisering med trøkk fra toppen. Videre forteller informantene at dersom ikke forankringen og forpliktelsen var på plass på organisasjonsnivå, ble det tverrfaglige samarbeidet både utfordrende og begrenset. Uttalelsene samsvarer med funn i Lone og Værnor (2019, s.61-64) sin studie, hvor det fremlegges at ledelse er helt avgjørende for å utvikle og opprettholde en god tverrfaglig samarbeidskultur og samarbeid. På bakgrunn av funn og teori er vår oppfatning at lederens evne til å etablere, forankre og

oppretholde struktur i et tverrfaglig samarbeid, er av stor betydning for kvaliteten på selve samarbeidet.

Informantene kunne også fortelle om positive erfaringer knyttet til utskiftning av ledelse. Til en ledelse som hadde fokus på, og som så behovet for deres inkludering i det tverrfaglige samarbeidet. Dette ble sett på som helt avgjørende, og dette fremstiller gjerne hvor signifikant rette ledere er? Videre kan det undres over ledere som ikke ser viktigheten av et tverrfaglig samarbeid, og om hvorvidt det kan knyttes til manglende forståelse, innsikt, eller kunnskap fra ledelsen. Noe også Beckman og Hellstrøm (2021, s.1-14) påpeker i sin studie. Cooper et al (2016, s. 325-342) viser i sin studie at fravær av viktig støtte ledelsen var en faktor som både utfordrende og hemmende for det tverrfaglige samarbeidet.

#### *6.2.1 Et ønske om å ha strukturelle forhold på plass*

En felles opplevelse var at det ikke var mangel på planer og retningslinjer for tverrfaglig samarbeid. Til tross for det påpekte deltakerne at det var mer snakk enn handling. Og som Hansen et al (2020, s.10) benevner i deres studie; det er ikke mangel på forståelse av behovet for en bedre samordning for utsatte barn og unge, men det er mangel på strukturer som virker. Deltakerne var enige i at det var mye godt arbeid som foregikk i kommunene, men at det gjensto en hel del arbeid for å oppfylle de gode intensjonene bak planene. Utsagn som "det må systematiseres" og "systemet må på plass" ble ved flere anledninger nevnt i studien. Glavin & Erdal (2018, s.26) poengterer viktigheten av struktur for å organisere samarbeid. Et samarbeidssystem som skal fungere i praksis må forankres i kommunenes planer og i ledelsen. Det viktigste er en felles plan for samarbeid som involverer alle parter, hvor de ulike instanser har et eierforhold og kjennskap til innholdet i planarbeidet.

Videre peker Gjertsen et al (2018, s.165) på at når ansvaret for velferdstjenester legges over på kommunalt nivå, kan det også bli lettere å gjennomføre. Dette tydeliggjør for oss hvor essensielt det er å satse på et velfungerende samarbeid for utsatte barn og unge innad i kommunen. På bakgrunn av Gjertsen et al (2018, s.165) sitt utsagn, kan det gjerne tenkes at ansatte i kommunen er tettere på hverandre, og derfor mer tilgjengelige for samarbeid på

kryss og tvers av etatene. Samtidig kommer det til uttrykk hos informantene at det ikke var slik i praksis, de mente det krevdes store endringer innad i kommunen for å få det til. Erfaringen med unnasluntrere, og personavhengig samarbeid pekte ytterligere på ønsket for at tverrfaglig samarbeid skulle forankres i ledelsen. Når det kom fra høyeste hold, hadde informantene tro på at alle tok ansvar og ikke sluntret unna. Det kan jo også tenkes at dette vil bidra til et likere tilbud til barn-og unge hvis alle jobber under samme retningslinjer. Omorganiseringen som foregikk i mange kommuner, hvor egne sektorer for barn og unge ble etablert, hadde informantene tro på. De hadde et håp om at en omorganisering og samlokalisering i kommunene kunne bedre rammene og strukturen for det tverrfaglige samarbeidet, og dermed øke kvaliteten på tjenestetilbudet til barn og unge. Noe også resultater i Martiniussen et al (2017, s.487-496) viser til ved å indikere at omorganisering hadde positiv effekt på tverrfaglig samarbeid, og gav økt kvalitet på tjenestetilbudet til barn og unge.

Informantene reflekterte rundt tanken på å ha "en dør" inn til tjenestene, og hvordan dette kunne legge føringer for bedre samordning og økt fellesskap mellom instansene. De mente det kunne forhindre denne *skyvmentaliteten* som ofte førte til at barn ble kasteballer i systemet. Ved å organisere arbeidet rundt barn- og unge i en enhet, kan en ut ifra funn, studier og teori, trekke konklusjoner om at dette kan ha en vesentlig betydning for økt tverrfaglige innsats i kommunen. Dette samsvarer også med funn i Fafo-rapporten (Hansen et al, 2020, s.12-13) som viser til at en omorganisering med etablering av en sektor, fremmet samordning på tvers av aktørene.

Manglende møtestruktur var noe informantene bemerket frustrasjon rundt. De mente felles møter på tvers av instanser var helt avgjørende for tverrfaglig samarbeid. Informantene fortalte om et sterkt ønske om økt møtehyppighet, og uformelle drøftings- og nettverksmøter i kommunen. Det ble også påpekt at det kunne medføre store utfordringer for samarbeidet, dersom det var manglende møtearenaer. Igjen ble ledelsen nevnt. Informantene mente ledelsen burde ha et overordnet ansvar for å legge føringer for god møtestruktur. Dette er noe som samsvarer med funn i Kanste et al (2013, s.1-15) sin studie, hvor faste møtepunkter med en tydelig og støttende ledelse ble vurdert som vesentlig for å

lykkes med et samarbeid på kryss og tvers av etater. Vi har tidligere diskutert hvordan kjennskap til hverandres kompetanse, rolleavklaring, god kommunikasjon og relasjon, kan ha en positiv effekt på det tverrfaglige samarbeidet. Og videre på forebygging av psykiske plager hos barn og unge. Kan det tenkes at en bedre møtestruktur kan bidra til å utvikle, opprettholde og styrke disse faktorene? På en annen side vil da konsekvenser av manglende møtepunkt kunne ha en negativ effekt. Informantene erfarer både formelle og uformelle møter som verdifulle. Ikke kun for kompetansedelingen, men også for å få kollegial støtte når de står i saker som oppleves utfordrende. Også Hauksdottir et al (2020, s.39-40) påpeker hvilke positive effekter felles møtepunkt har, som informasjonsutveksling og økt kjennskap til hverandres profesjoner. Dette belyser viktigheten av hyppigere møtepunkt, og behovet for tilrettelegging fra leder. Også Lone og Værnor (2019, s.61-64) fremhever at det første ledere bør gjøre, er å arbeide systematisk med å etablere strukturer slik at de kan skape en god samarbeidskultur.

### 6.3 Forebygging fremfor brannslukking

Det var ingen tvil om at deltakerne så på forebyggende helsearbeid som en nødvendig satsing, og som en viktig del av sin arbeidshverdag. En felles ytring blant deltakerne var hvor verdifullt det var for barn og unge dersom en kunne være i forkant av utfordringene. De hadde tro på at et tidlig etablert tverrfaglig samarbeid, kunne ha en forebyggende effekt og forhindre at psykiske plager hos barn og unge ikke eskalerte. Dette samsvarer med Arnesen og Sørli (2014, s.86) som påpeker viktigheten av at tidlig innsats i et forebyggende arbeid må iverksettes så tidlig som mulig i barn og unges utviklingsforløp. Mæland (2021, s.11) bekrefter også at mål for forebyggende helsearbeid kan nås, dersom alle instanser bidrar.

Kommunene har en plikt i forhold til helsefremming og forebygging (Folkehelseloven, 2011, § 4 & 5; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3.- 1, 3-2 & 3-4). En økning i barn og unges selvrapporing av psykiske plager (Meld.ST 23 (2022-2023) s. 9 og 19) understøtter behovet for en økt satsning på forebyggende tiltak i kommunen. Noe som også er en prioritert oppgave i opptrappingsplanen for psykisk helse 23-33 (Meld.ST 23 (2022-2023) s. 7). Helsesykepleiere og vernepleiere som er intervjuet i studien er ansatt i kommunen og skal derfor bidra i dette ansvaret. Likevel opplevde informantene i denne studien å arbeide

mindre forebyggende enn de ønsket, og de opplevde å bli koblet på for sent. Dette synliggjør at det forebyggende arbeidet i kommunene fremdeles ikke er godt nok integrert, til tross for at det har vært et fokusområde i mange år. Ifølge informantene var deres erfaring at det kunne ha negative konsekvenser for det forebyggende helsearbeidet når de ulike instansene ikke kom sammen tidsnok. Flere hadde også en opplevelse av at arbeidet deres handlet mer om brannslukking enn forebygging, noe som også ble antydnet i deltakers utsagn: «Trenger vi å slukke brann alltid da, kunne vi ikke heller vært litt i forkant?».

Psykiske lidelser er en av de største helseutfordringene i samfunnet (Bru et al, 2016, s.16-17). Det at en nå opplever en økende grad av barn- og unge som har utfordringer med den psykiske helsen (Meld.ST 23 (2022-2023) s. 19) får en til å undre seg over om en del av årsaksforholdene bak dette da nettopp er mangelfulle forebyggende tiltak i kommunene. Et av målene som benevnes i opptrappingsplanen for psykisk helse (Meld. St.23 (2022-2023), s.6-7) er å rette innsatsen mot helsefremmende og forebyggende tiltak, for blant annet å bidra til å redusere psykiske plager i befolkningen. På bakgrunn av funn og teori får vi et inntrykk av at det er allmenn kunnskap at forebyggende tiltak er viktig. Så hvorfor opplever de som jobber i kommunen at de utfører færre forebyggende tiltak enn det behovet tilsier? Utfordringer når det gjelder å komme inn tidlig nok med forebyggende tiltak kan kanskje ha flere årsaksforhold. Blant annet å få til et velfungerende tverrfaglig samarbeid. I Beckmann og Hellstrøm (2021, s-1-14) sin studie rapporterte informantene at det var samsvar mellom det å samarbeide og å klare å møte barn og unge sine behov, men at de mislyktes i dette. Dette korrelerer med denne studien hvor informantene kunne fortelle at det var mye prat rundt det å samarbeide for å forebygge, men de opplevde lite konkret samarbeid, og erfarte at det som ble gjort ikke helt hang sammen. Som tidligere diskutert mente informantene at det var mange elementer som måtte på plass for å få til et velfungerende tverrfaglig samarbeid. Hvis vi konkluderer med at tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å få til et optimalisert forebyggende helsearbeid rundt barn og unge. Vil det motsatte, et mangelfullt tverrfaglig samarbeid anses å være hemmende for et godt forebyggende arbeid. Dette kan igjen kan gå ut over barn og unges psykiske helse til tross for gode intensjoner, planer og retningslinjer.

### 6.3.1 Forebygging på systemnivå

Til tross for at tverrfaglig samarbeid er viktig for forebyggende arbeid, trekker informantene i denne studien frem at de jobber for mye alene med indikative tiltak. Noe som gjerne kan være nyttig når barn og unge viser individuelle tegn på utfordringer (Mrazek og Haggerty, 1994, s.21,25). Dette var noe de erfarte som tidkrevende, og de mente det gav lite rom for å iverksette forebyggende tiltak. Informantene beskriver at de mange ganger kjente seg mer som behandlere enn at de forebygget psykiske plager. Denne behandlerrollen erfarte de som tidkrevende og de var usikre på nytteeffekten. Informantene ytret et ønske om å drive mer forebyggende arbeid på systemnivå for å klare å nå ut til enda flere på et tidligere tidspunkt. Noe de også antydte som mer ressurseffektivt. At det er mer ressurseffektivt å forebygge på universelt nivå hvor tiltak når ut til flere, er også noe Mrazek og Haggerty (1994, s.20.21) peker på.

Man kan stille spørsmål ved årsaken til lite arbeid på systemnivå når dette var et behov informantene så, og et ønske de hadde. Det kan tenkes at dette har med faktorer som er drøftet tidligere, som eksempelvis å bli koblet på for sent. Og hvem sitt ansvar er det? Den enkelte yrkesutøver eller må det tas noen organisatoriske grep hos ledelsen? Man kan argumentere for at det skal være mer krav fra ledelsen til systemrettet arbeid. Også Sjøholm og Furuholmen (2020, s,20) mener det bør legges føringer for bedre tjenester for å bidra til å forebygge lidelser og plager hos barn og unge. På den andre siden har en som helsesykepleier og vernepleier et ansvar i sin profesjon til å forebygge (Forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten, 2018; Utdanning- og forskningsdepartementet, 2005), og initiativet til et mer systemrettet forebyggende arbeid bør i tillegg også komme fra dem.

Så hvordan kan den enkelte kommune tilrettelegge for mer universelle og selektive tiltak? Barns oppvekstvilkår kan ha stor betydning for utvikling av psykiske plager (Bru et al, 2016, s. 19). Ifølge Gjertsen (2013, s.41-45) er det førsteprioritet at de som arbeider med barn og unge i kommunene, må få en oversikt over risikofaktorer i oppvekstmiljøet som kan påvirke den psykiske helsen i negativ retning. Samtidig må man i det forebyggende arbeidet også ha kunnskap om hva som kan være beskyttende faktorer for å kunne iverksette forebyggende tiltak på rett sted til rett tid. Dette for å redusere innvirkning risikofaktorer kan ha på barn og



unge (Gjertsen, 2013, s.41-45; Glavin og Erdal, 2018, s.30). Målet må være å styrke det totale oppvekstmiljøet for barn og unge (Glavin og Erdal, 2018, s.20). Universelle tiltak skal rette seg mot alle mennesker i en populasjon uavhengig av risikofaktorer, og selektive tiltak rettes mot grupper som er i risiko for å utvikle et problem (Mrazek og Haggerty, 1994, s.20-21). Når denne kunnskapen er på plass ligger det til rette å sette forebygging på systemnivå, men det krever samhandling, og felles beslutningstaking mellom de ulike arenaene barn og unge oppholder seg på (Glavin og Erdal, 2018, s.21-23).

Antonovsky (2011, s.38-41) stiller spørsmål ved hva som predikerer et godt utfall, og mener opplevelsen av sammenheng (OAS) er relevant for dette spørsmålet. For i følge Antonovsky handler ikke det å bevege seg mot positiv helse kun om fravær av risikofaktorer, men også å rette blikket mot mestringsressurser i livet. De tre begrepene i OAS; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er ulike faktorer som handler om å møte stressfaktorer gjennom livet (Antonovsky, 2011, s. 38-41). Ifølge Antonovsky (2011, s.143) kan en sterk OAS hindre at spenning omdannes til stress, og en person med sterk OAS vil vurdere en stressfaktor mindre farlig. En sterk OAS kan også føre til bedre mestringsstrategier og lettere følelsesregulering (Antonovsky, 2011, s.158)-160). Vi anser alle disse elementene som nødvendige å ta hensyn til i et forebyggingsperspektiv. Det å bidra til å bygge en sterk OAS hos barn- og unge er noe alle hjelpeinstanser bør ha i bakhodet. Det kan tenkes at ved å redusere risikofaktorer i livet, og bygge opp under beskyttelsesfaktorer kan man bidra til et mer begripelig miljø. Ved å tilrettelegge for rett hjelp på rett arena, gjerne gjennom tverrfaglig samarbeid, kan man bidra til at barn og unge opplever håndterbarhet i vanskelige situasjoner. Å gi barn- og unge informasjon som skaper mening kan bidra til meningsfullhet, og være en hjelp til å takle utfordringer gjennom livet (Antonovsky, 2011, s. 38-41; Gjertsen, 2018, s.41-45).

Når det gjelder forebygging av psykiske plager viser erfaringer i Beckmann og Hellstrøm (2021, s.1-14) sin studie at dagens barn- og unge trenger kunnskap om normaliteten i psykisk helse. Både for å kunne håndtere følelsene sine, og å utvikle strategier de kan bruke når ting blir vanskelig. I et forebyggingsperspektiv tenker vi at dette er en vesentlig del av den universelle forebyggingen hvor en kan nå ut til alle. Gjennom eksempelvis undervisningsopplegg i samarbeid med lærere kan både helsesykepleiere og vernepleiere

bidra med sin spesialkompetanse i ulike tema. Men det må brukes kreativitet, og skapes noen strategier for å nå ut til flere, også på arenaer utenfor skolene. Her tenker vi det er viktig å bruke alle de gode ressursene vi har i kommunen. Det er samlet sett kjempegod kompetanse som møter barn og unge, og et stort potensial for et godt systemrettet forebyggende arbeid. Men vi må komme sammen.

## 6.4 Metodediskusjon

### 6.4.1 Forskningsdesign

Vi har i denne studien benyttet oss av kvalitativ metode. En eksplorerende problemstilling som denne studien har, krever vanligvis konsentrasjon om få enheter for å få frem ulike nyanser. Vi ønsket å gå i dybden, og få frem informantene sine individuelle erfaringer. Noe en kvalitativ metode egner seg til. En kvantitativ metode var derfor ikke aktuell for denne studien.

Fokusgruppeintervju ble vurdert. Det kan kreve en fastere ordstyring fra undersøker for å sikre at diskusjonen holder seg til temaet. Vi ønsket en mer åpenhet i intervjusituasjonen, og benyttet oss derfor av semistrukturerte intervju, hvor målet var å få frem den enkelte informant sin stemme. Intervjuet ble pre-strukturert ved å lage en intervjuguide. Fordelen med bruk av intervjuguide er at vi som forskere sikret oss å komme inn på tema vi ønsket å innhente data om, samtidig som vi etterstrebet å ha en åpenhet i intervjuene som ikke lukket for nye spørsmål eller refleksjoner som dukket opp underveis. Vi gikk gjennom intervjuguide med veileder, utførte pilotintervju og testet spørsmålene på hverandre for å kvalitetssikre dem. Intervjuguiden ble ikke revidert underveis i datainnsamlingen, noe den med fordel kunne ha blitt. Det ble synlig i analyseprosessen at enkelte spørsmål og temaer gikk noe inn i hverandre. Diskusjon rundt endring ble tatt opp etter fjerde intervju, men i frykt for å gjøre store endringer halvveis i datainnsamling, ble det unnlatt å gjøre endringer. Til tross for at intervjuguide er et godt hjelpemiddel i intervjusituasjonen kan vi likevel ikke utelukke av spørsmålene preges noe av vår forforståelse, og at informantene sine svar til dels er styrt av intervjuguiden.

#### 6.4.2 Utvalg

Vi var ute etter helsesykepleier og vernepleier sine erfaringer. For å få nok stemmer fra hver yrkesgruppe hadde denne studien derfor åtte informanter, fire fra hver yrkesgruppe. Det ble gjort et strategisk utvalg for å innhente et nyanserikt materiale. Det kan likevel sies at utvalget vårt er noe homogent da det kan tenkes at det er en ganske likesinnet gruppe som tar disse utdanningene. Samtidig måtte vi rekruttere informanter direkte, og tok da kontakt med aktuelle kandidater som ble anbefalt. Det kan stilles spørsmål ved om dette var personer som hadde et ekstra engasjement for tematikken, noe som også øker sannsynligheten for at informantene var en mer likesinnet gruppe enn i utgangspunktet tenkt. Det ble derfor tatt stilling til lengde på arbeidserfaring, antall år i tjeneste og forskjellige kommuner, noe som vi antar får frem ulike erfaringer, og som er styrkende for studien. Til en annen gang kunne det vært interessant å etterstrebe en mindre homogen gruppe, og også intervju menn, som vi antar kan ha en annen tilnærming til problematikken psykisk helse og tverrfaglig samarbeid.

Vi har intervjuet informanter fra tre ulike små til mellomstore kommuner. Dette anser vi som en styrke med studien. Samtidig kan kommunenes størrelser og organisering sies å være noenlunde like. Vi opplevde at informantene var ganske samkjørte i hvordan de erfarte det tverrfaglige samarbeidet i kommunene. Dette er en styrke for funn i denne studien, men det kan likevel tenkes at informanter fra en større bykommune, men annen organisering, kunne gitt andre svar som gav en enda større nyanserikdom.

Vi valgte å ha informanter som jobbet med barn og unge fra 6 til 18 år. Dette var for å avgrense studien. Flere informanter nevnte i intervjuene at når det gjaldt forebygging måtte en komme i gang før skolestart. Starte med foreldrene på helsestasjonen.

Familieperspektivet har ikke vært et fokus i denne studien, men det kunne til en annen gang vært spennende å innhente erfaringer fra helsesykepleiere og vernepleiere som jobber med de minste barna.

### 6.4.3 Forskerrollen

Vi har begrenset med erfaring når det kommer til forskning. Det påvirker hvordan vi innhenter data, hvordan vi analyserer og tolker datamaterialet. Vi valgte å bruke systematisk tekstkondensering av Malterud i analysen. Som uerfarne forskere gav det oss en retning og struktur i analysearbeidet, og vi klarte holde en ryddig prosess gjennom analysen. Likevel var det mye data å analysere, og da dette er nytt for oss kan det være vanskelig å vurdere de mest sentrale funnene. Det kan derfor tenkes at en del av våre hovedtema går inn i hverandre, og med fordel kunne vært spisset enda mer.

I våre funn oppdaget vi at informantene snakker lite om psykiske plager. Vi stiller spørsmål ved om vi har etterspurt denne tematikken for lite i intervjuene. En annen gang vil det være styrkende for resultatene om vi er tydeligere i intervjuet i forhold til hva vi spør om.

Vi har heller ikke valgt å skille mellom svar fra helsesykepleier og vernepleier i våre funn. I etterkant ser vi at på grunn av yrkesgruppenes ulike mandat, og arbeidsmetoder, kunne det vært spennende for studien å sammenligne erfaringene. Kanskje spesielt det som er knyttet direkte til forebygging.

I lys av å selv være helsesykepleier og vernepleier som jobber med barn og unge, har vi en nærhet til tema. Det anser vi kan både være en styrke og en svakhet. Det har derfor vært viktig for oss gjennom hele prosessen å etterstrebe åpenhet og nøytralitet, og ikke bli for farget av vår forforståelse. Her har det vært nyttig å være to som jobber sammen. Jevnlige diskusjoner for å vurdere om det er forforståelsen vår som preger analysen har vært nødvendig. Vi har også benyttet oss av veiledning og deltatt på seminarer hvor dette har vært oppe som tema

Vi har i hele prosessen tatt etiske hensyn i tråd med Høgskulen på Vestlandet sine forskningsetiske retningslinjer, og etterstrebet at det skal oppleves trygt for informanter å delta i studien.

## 7.0 Avslutning med implikasjoner for praksis og videre forskning

Studiens hensikt var å bidra med økt forståelse og kunnskap om hvilken betydning tverrfaglig samarbeid har for forebygging av psykiske plager hos barn og unge i kommunal sektor. Det ble i studien gjennomført totalt åtte individuelle intervjuer av helsesykepleiere og vernepleiere. Studiens problemstilling har vært:

Hvordan erfarer helsesykepleier og vernepleier at tverrfaglig samarbeid i kommunen kan ha forebyggende effekt på psykiske plager hos barn og unge?

Studien har også vært interessert i hvilke faktorer helsesykepleier og vernepleier opplever som fremmende eller hemmende for tverrfaglig samarbeid, og hvordan de arbeider for å forebygge psykiske plager hos barn og unge.

Det har vært mye skrevet om behovet for et økt tverrfaglig samarbeid, og økt innsats for å forebygge psykiske plager blant barn og unge. Vårt inntrykk i forkant av studien var at det var mer prat enn handling, og at barn i behov for hjelp fikk fragmenterte tjenester. Denne studien tilsier også at det enda er en lang vei å gå før vi kan nå de gode intensjonene bak planer og retningslinjer. Funn indikerer at informantene har tro på at tverrfaglig samarbeid kan ha forebyggende effekt på psykiske plager hos barn og unge. De ser betydningen av å samarbeide tverrfaglig, og peker på nødvendigheten av å forebygge på et tidligere tidspunkt. Informantene peker på at det er en klar sammenheng mellom et godt tverrfaglig samarbeid og forebygging. Samtidig erfarer de at det oppleves utfordrende, grunnet faktorer som spiller inn på det tverrfaglige samarbeidet. Dette var noe som også hadde konsekvenser for det forebyggende arbeidet ifølge informantene i studien.

Fremmende faktorer i det tverrfaglige samarbeidet er i følge informantene; utvikling av felles mål, rolleavklaring, kjennskap til hverandres kompetanse, åpen dialog, relasjoner på tvers, respekt, tillit, de rette personene, vilje til samarbeid, felles møtearenaer, struktur og

en tydelig forankring i ledelsen. Fravær av dette, mente informantene kunne vanskeliggjøre samarbeidet og ha en negativ effekt på det forebyggende arbeidet rundt barn og unge i kommunene. At tverrfaglig samarbeid kunne ha en forebyggende effekt på psykiske plager, hadde de troen på, men for å få det til er det behov for endringer. Både i forhold til hvordan tverrfaglig samarbeid forstås, utføres, men også hvordan det tilrettelegges for samarbeid. Dette handler om endringer hos den enkelte yrkesutøver. Det gjelder å se behovet for, og ta initiativ til samarbeid, samt nyttiggjøre seg av de ulike ressursene som finnes innad hos de ulike profesjonene. Samtidig handler det også om å få på plass rutiner og rammer for samarbeid.

Det er tydelig for oss at informantene ser behovet for at tverrfaglig samarbeid får en tydeligere forankring i ledelsen. Dette for at strukturer og rammer som letter samarbeidet kan komme på plass. Selv om vi er sikre på at mange ledere allerede er seg dette ansvaret bevisst, håper vi studien kan bidra til ytterligere bevisstgjøring, og bidra til at de ser på gjeldende rutiner og praksis for det tverrfaglige samarbeidet i kommunen. Kanskje er det endringer å gjøre som kan fremme en bedre samarbeidskultur. Informantene vektlegger også behovet for et økt samarbeid på systemnivå for å nå flere barn og unge på et tidligere tidspunkt, noe de mente tydelig ledelse og bedre struktur på samarbeidet kunne bidra til.

Studien har innhentet erfaringer hos profesjoner som har forebyggende arbeid som en del av sitt mandat. Likevel opplevde de at de drev med brannslukking og ikke forebygging. De så på nødvendigheten av forebygging som satsningsområde, men for å optimalisere forebyggingen krevde det en annen måte å arbeide på enn de gjør i dag. Barn og unge må bli møtt av de ulike instansene på de arenaene de befinner seg på, før problemene oppstår. Informantene mente de var alt for sent ute, og at den tverrfaglige innsatsen kunne bidra til en bedre informasjonsflyt og systemrettet forebyggende arbeid mellom etatene. Som igjen kunne føre til at barn og unge med psykiske vansker kunne oppdages på et tidligere tidspunkt.

Det kunne vært spennende å forske videre for å få frem lederperspektivet når det gjelder tverrfaglig samarbeid for å forebygge psykiske plager. Hvordan ser lederne på dette, og hvordan forholder de seg til overordnede planer og lovverk som sier noe om tematikken?

Skolen som tidligere nevnt er en viktig arena som barn og unge ferdes på. I denne studien blir samarbeidet med skolen, spesielt med lærerne, trukket frem som utfordrende. Da skolen samtidig blir sett på som den viktigste samarbeidspartneren, vil vi også løfte frem behovet for videre forskning på denne tematikken også i fra et lærerperspektiv.

Avslutningsvis så foregår det mye godt arbeid i kommunene, men det er rom for forbedring. Vi har et håp om at denne studien kan bidra med kunnskap og løfte opp betydningen av tverrfaglig samarbeid som et verktøy, når det gjelder forebygging av psykiske plager hos barn og unge. Forebyggende helsearbeid fremfor brannslukking, er en viktig investering. Dette vises igjen i økt rapportering av psykiske vansker og lidelser hos barn og unge. Og ettersom kommunenes arbeid anses som den mest sentrale part innen forebyggingsperspektivet, bør det absolutt være et satsingsområde som må styrkes ytterligere. Det er helsesykepleiere og vernepleiere som har formidlet sine erfaringer. Likevel anses funn i denne studien å ha en overførbar verdi til alle de som arbeider tverrfaglig. Både når det gjelder å forebygge psykiske plager hos barn og unge, men også tverrfaglig samarbeid overfor andre brukere av kommunale tjenester. Både de som er ute i praksisfeltet, og de som sitter i ledelsen.

## 8.0 Referanseliste

- Antonovsky. A. (2014). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen.* (1.utg, 3.oppl.) Gyldendal Norsk Forlag
- Arnesen. A & Sørliie.M-A. (2014). Forebyggende arbeid i skolen. I E.Befring, I.Frønes., M-A. Sørliie (red.), *Sårbare unge - nye perspektiver.*( 1.utg., 2.oppl., s 86-102). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M. & Torgersen, L. (2023). Psykiske plager og lidelser hos barn og unge (Folkehelse rapporten, nettutgave). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=>
- Beckman, L., & Hellström, L. (2021). Views on Adolescents' Mental Health in Sweden—A Qualitative Study among Different Professionals Working with Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 10694, 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010694>
- Befring, E. (2014). Barnevernet i historisk lys.I E.Befring, I.Frønes., M-A. Sørliie (red.), *Sårbare unge - nye perspektiver.*( 1.utg., 2.oppl., s 15-30) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bru. T.D, Idsøe E.C & Øverland. K. (2016). Introduksjon- Psykisk helse i skolen. I E. Bru, E.C.Idsøe & K.Øverland (Red.), *Psykisk helse i skolen* (1.utg, s.15-27). Universitetsforlaget
- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people's mental health: a systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health and Development*, 42(3), 325-342 <https://doi.org/10.1111/cch.12322>
- Dahl. B.M. & Crawford. P. (2018). Perceptions of experiences with interprofessional collaboration in public health nursing: A qualitative analysis. *Journal of interprofessional care*, VOL. 32. NO. 2, 178-184 <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1386164>
- Eikeli B-V. (2020). Kultur- et sentralt begrep i tverrprofesjonell samhandling. I A. Iversen & N.Hauksdottir (Red). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1.utg, s.74-81). Gyldendal Norsk Forlag
- Folkehelse loven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid.* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og*



*skolehelsetjenesten*(FOR-2018-10-19-1584). Lovdata:  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (FOR-2019-03-15-411). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Gjertsen, P.Å. (2013). *De usynlige barna*. Fagbokforlaget

Gjertsen, P., Hansen, V.M.B. & Juberg A. (2018) *Barnevernspedagogers, sosionomers og vernepleieres rolle og status i skolen*. *Tidsskrift for velferdsforskning*. Vol 21. utg. 2. s.163-179. Publisert 26.06.2018 <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-05>

Glavin, K. & Erdal. B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn- og unge i kommune Norge*. (4.utg.). Kommuneforlaget AS.

Grønmo, S. (2017). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. (2.utg). Fagbokforlaget

Hansen. I.L, Jensen. R.S & Fløtten. T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge*. FAFO rapport 2020:02.  
<https://www.fafo.no/images/pub/2020/20737.pdf>

Hauksdottir. N, Iversen, A & Berntsen, G. (2020). Organisering av helse- og velferdstjenestene I A. Iversen & N.Hauksdottir (Red). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1.utg, s.29-49). Gyldendal Norsk Forlag

Hauksdottir. N & Iversen, A. (2020). Profesjoner og roller i helse- og velferdstjenestene. I A. Iversen & N.Hauksdottir (Red). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1.utg, s.51-73). Gyldendal Norsk Forlag

Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 30. juni 2023, lest 29. mars 2024). Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2022). Veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 23. august 2023, lest 29. mars 2024). Tilgjengelig fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>

Helsedirektoratet. (2023). Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 24. oktober 2023, lest

29. mars 2024). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>

Helse – og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2011-06-24-30). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). Tverrprofesjonell samhandling- en kompetanse som må læres. I A. Iversen & N.Hauksdottir (Red). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1.utg, s. 11-18).

Iversen, A. & Hauksdottir, N. (2020). Tverrprofesjonell samhandling i helse- og velferdstjenestene- med pasient og bruker i sentrum. I A. Iversen & N.Hauksdottir (Red). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1.utg, s. 19- 28).

Jacobsen, D.I. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i vitenskapelig metode*. (3.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2023) Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt i forvaltningen – en veileder. hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/taushetsplikt-opplysningsrett-og-opplysningsplikt-i-forvaltningen-en-veileder/id2963083/>

Kanste, O., Halme, N., & Perälä, M.-L. (2013). Functionality of cooperation between health, welfare and education sectors serving children and families. *International Journal of Integrated Care*, 13(4).1-15 <https://doi.org/10.5334/ijic.1070>

Kinge, E. (2012). *Tverretatlig samarbeid omkring barn- En kilde til håp og styrke?* (1.utg) Gyldendal Akademiske.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS

Lindseth, A. & Norberg, A. (2021). Elucidating the meaning of life world phenomena. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), 883-890. <https://doi.org/10.1111/scs.13039> \_

- Lone, J. A., & Værnor, K. E. (2019). Samarbeidskultur på oppvekstfeltet i norske kommuner. *Stat & Styling*, 29(3), 61–64. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-750X-2019-03-19>
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg). Universitetsforlaget.
- Martinussen, M., Kaiser, S., Adolfsena, F., Patras, J., og Richardsen, A. (2017) *Reorganisation of healthcare services for children and families: Improving collaboration, service quality, and worker well-being*. Pubmed. Journal of interprofessional care; 2017 Jul;31(4):487-496. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1316249>
- Meld. St. 23. (2022-2023) Opptappingsplan for psykisk helse (2023- 2033). Det kongelige helse og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st. 23-20222023/id2983623/>
- Mrazek, P.J., og Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press. Hentet 10.juni 2023 fra: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen/ebooks/detail.action?docID=3377478&pq-origsite=primo>.
- Mæland, J.G. (2021) *Forebyggende helsearbeid - folkehelsearbeid i teori og praksis*. (5.utg.). Universitetsforlaget
- Næss, E.T & Halvorsen, K.H. (2020). Kommunikasjon i tverrprofesjonell samhandling. I A. Iversen & N.Hauksdottir (Red). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid. Kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester* (1.utg, s.82-102). Gyldendal Norsk Forlag
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode - en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2.utg.). Universitetsforlaget
- Prop. 121 S. (2018-2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp201820190121000dddpdfs.pdf>
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk ( REK).(u.å). *Om å søke REK*. Hentet 12.april 2024 fra [Hjem - Insights \(rekportalen.no\)](https://www.rekportalen.no)
- Savolainen. O., Sormunen. M., Bykachev. K., Karppi. J., Kumpulainen. K. & Turunen H. (2021). Finnish professionals' views of the current mental health services and multiprofessional collaboration in children's mental health promotion. *International Journal Of Mental Health* 2021, VOL. 50, NO. 3, 195–217 <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1848235>
- Sikt. ( u.å.) *Personverntjenester for forskning*. Hentet 12/06-23 tilgjengelig fra: [Hva er personopplysninger \(sikt.no\)](https://www.sikt.no)

- Sjøvold, M.S. (2020) *De minste barnas stemme-, sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* (2.utg). Universitetsforlaget.
- Skilbrei, M.L. (2023) *Kvalitative metoder - planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. (3.utg.) Fagbokforlaget
- 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. Hentet fra: Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. - FHI
- Skundberg-Kletthagen, H., & Moen, Ø. L. (2017). Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 5044–5051.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14004>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori* (2.utg). Fagbokforlaget
- Utdanning- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Regjeringen.  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)
- Willumsen, E, Sirnes.T & Ødegård, A. (2016). Nye samarbeidsformer- et samfunnsoppdrag. I E.Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag* (2.utg, s. 17-31). Universitetsforlaget
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E.Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag* (2.utg, s. 33- 52). Universitetsforlaget
- Ødegård, A. & Willumsen, E. (2011). *Felles innsats eller solospill? - En kvalitativ studie om tjenesteyters samarbeid omkring barn og unge*. Tidsskriftet Norges Barnevern 04/ 2011 (Volum 88), 188-189. Universitetsforlaget
- Ødegård, A (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I E.Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid- et samfunnsoppdrag* (2.utg, s. 113 127). Universitetsforlaget

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Godkjenning fra SIKT

 Sikt

### Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 123142	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 11.09.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Tittel**  
Samarbeid i kommunen - Tverrfaglig innsats for forebygging av psykiske plager hos barn og unge

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

**Prosjektansvarlig**  
Frode Skorpen

**Student**  
Linda Veggeberg og Carina Pedersen Tveit

**Prosjektperiode**  
15.08.2023 - 31.12.2024

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2024.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**  
Personverntjenester har vurdert endringene registrert i meldeskjemaet.

Vi har registrert at ny veileder/prosjektansvarlig er Frode Skorpen (tidligere Ole Tormod Kleiven).

Endringen har ikke vesentlig betydning for vår vurdering av behandlingen av personopplysninger i prosjektet.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**  
Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

## Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

# Vil du delta i forskningsprosjektet

## «Samarbeid i kommunen - Tverrfaglig innsats for forebygging av psykiske plager hos barn og unge»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt i samhandling og folkehelse ved Høgskulen på Vestlandet. Forskningsprosjektet har som mål å bidra med økt forståelse og kunnskap om hvilken betydning tverrfaglig samarbeid har for forebygging av psykiske plager hos barn og unge i kommunen. Prosjektet retter spesielt fokus på erfaringene til profesjonene helsesykepleier og vernepleier. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Hensikten og formål med mastergradsprosjektet er å løfte frem helsesykepleier og vernepleiers erfaringer i møte med det tverrfaglige samarbeidet i kommunen, og hvilken betydning dette samarbeidet kan ha for forebygging av psykiske plager hos barn og unge. Vi ønsker å undersøke hvordan våre egne yrkesroller, helsesykepleier og vernepleier erfarer og ser sin rolle i dette arbeidet, samtidig hva de anser som suksesskriterier og utfordringer i et tverrfaglig samarbeid. Dette vil forsøkes å belyse gjennom kvalitative individuelle intervju med helsesykepleiere og vernepleiere som arbeider med barn og unge i kommunen.

Problemstillingen som skal analyseres i prosjektet er:

*Hvordan erfarer helsesykepleier og vernepleier at tverrfaglig samarbeid i kommunen kan ha forebyggende effekt på psykiske plager hos barn og unge?*

Problemstillingen skal spisses videre ved hjelp av to forskningsspørsmål

1. Hvordan arbeider helsesykepleiere og vernepleiere for å forebygge psykiske plager hos barn og unge?
2. Hvilke faktorer opplever helsesykepleier og vernepleier som fremmende eller hemmende for tverrfaglige samarbeid?

**Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig institusjon for prosjektet.

Linda Veggeberg & Carina P. Tveit er prosjektledere.

Frode Skorpen er vår veileder og prosjektansvarlig.

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

Dette er en kvalitativ studie hvor det skal gjennomføres 8 individuelle intervjuer. Du får tilbud om å delta da du er helsesykepleier eller vernepleier ansatt i kommunen, og du arbeider med barn og unge i en alder av 6-18 år. Inklusjonskriteriene våre innebærer også at du som helsesykepleier eller vernepleier har erfaring og kunnskap rundt tverrfaglig samarbeid og psykisk helse, og har arbeidserfaring på minimum ett år i gjeldende kommune.

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

Studien er en kvalitativ studie, hvor vi ønsker å anvende individuelle intervjuer.

Hvis du velger å delta innebærer dette å delta på et intervju ansikt-til-ansikt, som er beregnet til å gjennomføres på ca.1 time høsten 2023. Det vil bli brukt lydopptak og tatt notater under intervjuene. Dette vil transkriberes til skriftlig materiale i etterkant. Opplysninger som samles inn er dine egne erfaringer og opplevelser av det tverrfaglige samarbeidet rundt barn og unge for å forebygge psykiske plager.

**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 Høgskolen på Vestlandet, Frode Skorpen(veileder og prosjektansvarlig) Linda Veggeberg( prosjektleder) og Carina P. Tveit (prosjektleder) som vil ha tilgang på informasjon som innhentes til prosjektet.

Datamateriale og deltakere i masteroppgaven blir anonymisert, det skal ikke innhentes sensitive opplysninger, om deg eller din arbeidsplass. Datamateriale og lydopptak skal oppbevares og lagres forsvarlig, og vi er underlagt taushetsplikt. Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes og oppgaven er godkjent. For å være sikker på at prosjektet blir ferdigstilt og godkjent, vil det avsluttes innen 31.12.24. Alt av personopplysninger og lydopptak vil da bli slettet.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Linda Veggeberg, tlf: 988 52 723. E-post: [Linda@veggeberg.no](mailto:Linda@veggeberg.no) (Prosjektleder)

Carina P. Tveit, tlf: 99155494. E-post : [carinapt.cpt@gmail.com](mailto:carinapt.cpt@gmail.com) (Prosjektleder)

Frode Skorpen, tlf: 53 49 14 52. E-post: [frode.skorpen@hvl.no](mailto:frode.skorpen@hvl.no) (Veileder og prosjektansvarlig)

Trine Anikken Larsen, tlf: +47 55 58 76 82 Epost: [personvernombod@hvl.no](mailto:personvernombod@hvl.no) (Personvernombud HVL)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.



Med vennlig hilsen

Linda Veggeberg & Carina P. Tveit.

*Prosjektansvarlig    Student*

(Forsker/veileder)

Frode Skorpen

Linda Veggeberg og Carina P. Tveit

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Samarbeid i kommunen - Tverrfaglig innsats for forebygging av psykiske plager hos barn og unge» , og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Introduksjon til intervjuet før lydopptak begynner

Introduksjon av oss studenter, hvem vi er og hva vi gjør + takk for deltakelse

Linda: 34 år, helsesykepleier i skolehelsetjenesten 1.-7.trinn, Randaberg kommune.

Carina: 32 år, vernepleier i Karmøy kommune, akt.og avlastningstjenesten for barn og unge.

Vi har begge tatt videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, før vi gikk videre på master i samhandling og folkehelsearbeid.

#### **Formål med intervjuet:**

Får økt forståelse og kunnskap om hvilken betydning tverrfaglig samarbeid kan ha å si for forebygging av psykiske plager hos barn og unge i kommunen

#### **Understrek anonymiteten:**

Det du sier vil bli tatt opp på bånd, transkribert til skriftlig materiale, anonymisert og deretter slettet. Ingen enkeltpersoner vil bli gjenkjent i den ferdige oppgaven.

#### **Informert samtykke** (presentere skjema, og sørge for underskrift)

Har du noen spørsmål? Er det noe du lurer på i forkant av intervjuet?

Sette på lydopptaker

### Studiens problemstilling og forskningsspørsmål:

Det vi ønsker å undersøke er hvordan helsesykepleiere og vernepleiere erfarer det tverrfaglige samarbeidet i kommunen og om det kan ha noe forebyggende effekt på psykiske

plager hos barn og unge.

Vi har lagt studien til kommunal sektor, og det fokuseres på det tverrfaglige samarbeidet innad i kommunen. Vi skal snakke med helsesykepleiere og vernepleiere som arbeider med barn og unge i alderen 6-18 år, og høre om deres erfaringer rundt det tverrfaglige samarbeidet, og om det kan ha en forebyggende effekt på psykiske plager hos barn og unge.

Studiens problemstilling er:

*Hvordan erfarer helsesykepleier og vernepleier at tverrfaglig samarbeid i kommunen kan ha forebyggende effekt på psykiske plager hos barn og unge?*

### **Generell bakgrunn om informanten**

Du kan gjerne begynne med å fortelle litt om deg selv.

- Utdanning
- Stilling
- Antall år i aktuell tjeneste
- Tidligere erfaring i fra arbeidslivet
- Hvor lenge har du jobbet i denne kommunen

1. Når du hører ordet tverrfaglig samarbeid, hva tenker du da?
2. Hva er dine tanker rundt det forebyggende arbeidet med psykiske plager hos barn og unge?
  - Kan du si litt om hvordan dette påvirker din arbeidshverdag?
3. Har du noen tanker om hvordan tverrfaglig samarbeid kan bidra til å forebygge psykiske plager hos barn og unge?

- Hvordan erfarer du dette i din kommune? Eksempel?
4. Det forebyggende arbeidet kan foregå på flere nivå- universelle, selektive og indikativ. Hvordan opplever du at dette praktiseres i din kommune?
- Erfarer du at man tenker tverrfaglighet på rett tidspunkt i forebyggingsarbeidet?
  - Evt hvorfor ikke, og hva kan gjøres annerledes?
5. Hvordan opplever du at det tverrfaglige samarbeidet i din kommune fungerer i dag?
- Kan du nevne noen elementer i samarbeidet du erfarer som spesielt viktige?
  - Hva opplever du gjør akkurat disse elementene viktige?
6. Kan du fortelle litt om hvem som er aktuelle samarbeidspartnere for deg i kommunen?
- Av disse, hvem anser du som dine viktigste samarbeidspartnere rundt det forebyggende arbeidet med barn og unge?
  - Opplever du at de ulike instansene/aktørene har noenlunde lik problemforståelse/felles mål?
7. Kan du nevne noen faktorer du tenker kan fremme et tverrfaglig samarbeid
- Hvorfor anser du disse som fremmende?
8. Kan du fortelle videre om noen utfordringer du opplever i det tverrfaglige samarbeidet?
- Hemmende faktorer her?
9. Erfarer/ opplever du at disse utfordringene kan påvirke forebyggingen av psykiske plager?
- Hvordan? Kan du utdype dette litt?

- Hva tenker du må til for å øke samarbeidet mellom de aktuelle tjenestene

### **Avslutningsvis**

Er det noen områder/tema vi ikke har vært gjennom som du tenker er viktige å belyse?

Er det noe du ønsker å ta opp?

Hvis du kommer på noe senere som du ønsker å si kan du ringe oss.