

**”Så må vi jobbe tettere sammen”**

**Samarbeid mellom helsesøstre i skolehelsetjenesten og  
Avdeling for barn og unges psykiske helse ved  
Sørlandet Sykehus – sett fra helsesøstrenes perspektiv**

**Vibeke Palucha**

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, 2010  
Fakultet for Helse- og idrettsfag  
Institutt for Psykososial helse



## **FORORD**

Tema for denne masteroppgaven er samarbeid mellom helsesøstre i skolehelsetjenesten og ansatte i Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) ved Sørlandet Sykehus. Bakgrunnen for valget av dette temaet er blant annet min utdanning, arbeidserfaring og interesse. Jeg er sosionom med videreutdanning i psykologi, pedagogikk, spesialpedagogikk og psykisk helsearbeid. I mange år jobbet jeg i en døgnenhet for ungdom i Kristiansand. Den ble nedlagt høsten 2008, hvorpå ressursene ble omdisponert til etablering av ambulant virksomhet. Etter dette har jeg jobbet i et ambulant team i ABUP.

Gjennom min utdanning og arbeidserfaring har jeg i økende grad blitt klar over betydningen av å samarbeide på tvers av ulike fag, profesjoner og forvaltningsnivåer. Jeg mener at slikt samarbeid er veldig viktig for å skape et godt tilbud til barn og unge, men jeg har erfart at det ikke alltid er så enkelt å få til i praksis. Dette ønsket jeg å utforske i mitt mastergradsarbeid.

Først og fremst vil jeg gjerne rette en stor takk mine informanter som har delt sine erfaringer og refleksjoner omkring sitt samarbeid med ABUP. Jeg vil også takke de ledende helsesøstre i de ulike kommunene i undersøkelsen som hjalp til med å skaffe informanter og ga tillatelse til å gjøre intervjuer. Takk til ledelsen i ABUP som har lagt til rette for at jeg kunne få 50 % permisjon for å gjennomføre dette masterstudiet. En stor takk til min veileder førstelektor Anders Johan W. Andersen for god oppfølging, mange gode tilbakemeldinger og kommentarer underveis. Takk også til medstudenter og kolleger i ABUP for verdifulle tilbakemeldinger. Familie og gode venner takkes for oppmuntrende kommentarer. Sist, men ikke minst en stor takk til min mann Vidar som har holdt ut med meg i prosessen med å få skrevet denne oppgaven og har bidratt slik at det har blitt mulig for meg å gjennomføre hele dette masterstudiet.

Kristiansand, mai 2010

Vibeke Palucha



## INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG.....	v
ABSTRACT.....	vi
1 INTRODUKSJON .....	1
1.1 Bakgrunn, hensikt og problemstillinger.....	1
1.2 Oppgavens oppbygning .....	2
1.3 Aktørene i samarbeidet .....	3
1.3.1 Skolehelsetjenesten.....	3
1.3.2 Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP).....	3
1.4 Politiske føringer for samarbeid i psykisk helsearbeid.....	3
2 TEORETISK FORANKRING .....	5
2.1 Kompetanse og arbeidsoppgaver .....	5
2.2 Tverrprofesjonelt samarbeid og flerfaglig samarbeid.....	6
2.3 Grad av integrering på personnivå og organisasjonsnivå.....	6
2.4 New Public Management.....	7
2.5 Lokalt basert psykisk helsearbeid .....	7
2.6 Behandlingskjeder og behandlingsnettverk .....	8
3 TIDLIGERE FORSKNING.....	10
3.1 Samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner.....	10
3.2 Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske vansker.....	10
3.3 Helsesøsters kompetanse .....	11
3.4 Organisering, samarbeid og samordning .....	12
3.5 Muligheter og utfordringer i samarbeidet for å bedre barn og unges psykiske helse .....	12
4 METODE.....	13
4.1 Metodisk tilnærming.....	13
4.2 Prinsipper for utvelgelse av informanter .....	14
4.3 Gjennomføring av datainnsamling.....	15
4.4 Transkribering av intervjuene .....	15
4.5 Analyse av datamaterialet.....	16
5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER.....	18
5.1 Grundig planlegging og gjennomføring av undersøkelsen.....	18
5.2 Informert samtykke.....	18
5.3 Konfidensialitet - Sikring av personvern .....	19
5.4 Konsekvenser.....	19
6 HELSESØSTRENES TANKER OM SAMARBEID MED ABUP - PRESENTASJON AV FUNN .....	20
6.1 ”Det jeg er opptatt av er at ikke vi sitter og jobber hver på vår tue” – om å involvere og gi tilbakemeldinger til helsesøster .....	20
6.2 ”Det er jo en brøkdel de forteller selv” – om betydningen av samarbeid med andre deler av nettverket .....	23
6.3 ”De burde komme hit til det miljøet som ungdommene er” - om tilgjengelighet og arena for samarbeid.....	25
6.4 ”Vi skal ikke drive terapi” - om kompetanse og arbeidsoppgaver .....	29

6.5	”De har hjulpet oss å rydde litt” – om veiledning.....	33
6.6	”Å gå fra dør til dør” - om organisering av tjenestene for ungdom.....	35
7	DISKUSJON.....	38
7.1	Kompetanse og arbeidsoppgaver .....	38
7.1.1	Helsesøstrenes syn på kompetanse og arbeidsoppgaver.....	38
7.1.2	Forebygging versus behandling i helsepolitiske dokumenter.....	42
7.2	Et organisasjonsteoretisk perspektiv på samarbeidet mellom helsesøstre og ABUP .....	43
7.2.1	Samarbeidet mellom helsesøstre og ABUP .....	44
7.2.2	Et samarbeid preget av politiske helsereformer og lovverk -lokalbasert psykisk helsearbeid versus New Public Management.....	45
7.2.3	Organisering og ressurser i kommunene relatert til behov for tjenester fra ABUP .....	47
7.2.4	En bredere førstelinjetjeneste.....	48
7.3	Mulige samarbeidsmodeller for helsesøstre og ABUP - behandlingsskjede versus behandlingsnettverk .....	51
7.3.1	Avgrensbare tilstander versus overlappende tilbud .....	52
7.3.2	Uklare ansvarsforhold vs samtidig ansvar .....	53
7.3.3	Hierarkisk kompetanse versus demokratisk kompetanse og lokal kunnskap.....	54
7.3.4	Manglende kontinuitet versus kontinuitet understøttes .....	56
7.3.5	Bør alt løses i nettverk? .....	57
8	VURDERING AV FEILKILDER OG SVAKHETER VED STUDIEN .....	59
8.1	Min rolle som forsker .....	59
8.2	Min forforståelse.....	60
8.3	Drøfting av reliabilitet - studiens pålitelighet .....	61
8.4	Drøfting av validitet - studiens gyldighet .....	61
9	OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER.....	64
	VEDLEGG.....	70

## **SAMMENDRAG**

Tema for denne masteroppgaven er samarbeid mellom helsesøstre ved ungdomskoler i Aust- og Vest-Agder og Avdeling for barn og unges psykiske helse ved Sørlandet Sykehus (ABUP). Hensikten med studien er å bidra med kunnskap som er nyttig for å utvikle samarbeidet mellom ABUP og helsesøstrene. Mitt ønske er funnene skal komme brukerne til gode og at de kan være til nytte for andre som jobber tverrfaglig. Problemstillingene for undersøkelsen er hvordan helsesøstre opplever samarbeidet med ABUP, hvilke forventninger og ønsker de har i forhold til samarbeidet, hvilke tanker de har om egen kompetanse og arbeidsoppgaver i forhold til ABUPs kompetanse og arbeidsoppgaver og om det er sammenheng mellom helsesøstrenes tanker om samarbeid og organiseringen av tjenestene for barn og unge.

Studien er basert på fem kvalitative intervjuer og har et fenomenologisk utgangspunkt. Hovedfunnet er at helsesøstrene mener at samarbeidet med ABUP kan bli bedre. Alle informantene ønsket mer tilbakemeldinger fra ABUP, de mente at det var viktig å involvere helsesøster og annet nettverk i arbeidet med ungdommene og de var opptatt av betydningen av å møte ungdommene på deres arena. Flere informanter uttrykte at helsesøstre driver med forebygging, mens ABUP driver med utredning, terapi og behandling. De fleste informantene ønsket seg mer veiledning fra ABUP. Det kom fram at kommunene var ulikt organisert i forhold til arbeid med barn- og unges psykiske helse og at dette kunne ha betydning for i hvilken grad helsesøstrene hadde behov for å henvise ungdommene til ABUP.

Nøkkelord: samarbeid, helsesøster, skolehelsetjenesten, Avdeling for barn og unges psykiske helse, kompetanse, organisering.

## **ABSTRACT**

The theme of this thesis is collaboration between school nurses at secondary schools in Aust- and Vest-Agder in Norway and the Department of Child and Adolescent Mental Health at Sørlandet Sykehus (ABUP). The purpose of this study is to contribute to better collaboration between ABUP and school nurses. My wish is that the findings will benefit the users of the services and that they will be useful to others involved in interdisciplinary work. The issues for this study has been how school nurses experience collaborating with ABUP, what expectations and wishes they have in relation to this collaboration, what thoughts they have about their own competence and responsibilities in relation to ABUP's competence and responsibilities and if there is a connection between the school nurses' thoughts on collaboration and the organization of services for children and young people.

This study is based on five qualitative interviews and has a phenomenological basis. The main finding is that school nurses believe that the collaboration with ABUP can improve. All the informants wanted more feedback from ABUP, they believed it was important to involve school nurses and other parts of the network in the work of young people, and they were concerned about the importance of meeting young people on their arena. Several of the informants expressed that school nurses are involved in prevention, while ABUP is doing the assessment, therapy and treatment. Most informants wanted more guidance from ABUP. It was revealed that municipalities are organized differently in relation to work with children and young people's mental health and that this could affect the extent to which school nurses needed to refer youths to ABUP.

Keywords: collaboration, school nurses, Department of Child and Adolescent Mental Health, organization, competence.



# 1 INTRODUKSJON

## **1.1 Bakgrunn, hensikt og problemstillinger**

I Norge har vi et differensiert tilbud til barn og unge. Tjenestene er fordelt på ulike etater, sektorer og nivåer. Barn som har psykiske vansker og deres foresatte vil ofte ha kontakt med seks til ti profesjonelle på flere omsorgsnivåer. De fleste som jobber med barn, unge og deres familier ser behovet for og nytten av godt samarbeid. Likevel ser det ut til at det er vanskelig å oppfylle de gode intensjonene i praksis (Ødegård, 2009). Både internasjonalt og i Norge er det krav om at ulike tjenester skal koordineres og at de profesjonelle i helse- og sosialsektoren skal samarbeide.

De siste 20 årene har det kommet en rekke lover og offentlige meldinger med krav om samarbeid. Til tross for dette har vi kommet forholdsvis kort i forhold til å utvikle teori og praksis i forhold til tverrprofesjonelt samarbeid (Willumsen, 2009). I følge Sitter (2008) er bare halvparten av barn og unge med psykiske vansker fornøyd med samhandlingen mellom tjenestene de er i kontakt med. Spesielt ungdom rapporterte om lav tilfredshet når det gjaldt samordning, informasjonsutveksling og avklaring av ansvarsforhold mellom tjenester.

Denne masteroppgaven fokuserer på samarbeid mellom to sentrale aktører i arbeidet med barn og unges psykiske helse i Agder, nemlig helsesøstre i skolehelsetjenesten og ansatte i Avdeling for barn og unges psykiske helse ved Sørlandet Sykehus (ABUP). Hensikten med studien har vært å få større forståelse for hvordan helsesøstre opplever samarbeidet med ABUP, hvilke forventninger og ønsker de har i forhold til samarbeidet og hvilket syn de har på egen og ABUPs kompetanse og arbeidsoppgaver. Utgangspunktet for oppgaven var et ønske om å utvikle praksisnær kunnskap til bruk på egen arbeidsplass. Håpet er at resultatene fra studien kan bidra med informasjon til ledere og ansatte i ABUP som er nyttig for utviklingen av samarbeidet med helsesøstre, og at dette skal komme brukerne til gode. I tillegg håper jeg at resultatene kan være til nytte for andre som jobber med tverrfaglig arbeid, spesielt i forhold til barn og unges psykiske helse.

Med bakgrunn i tema, egen erfaring og arbeidstilknytning, teori og tidligere forskning er følgende problemstillinger valgt for denne studien:

- Hvordan opplever helsesøstre samarbeid med ABUP?
- Hvilke forventninger og ønsker har helsesøstre i forhold til samarbeidet med ABUP?
- Hvilke tanker har helsesøstre om egen kompetanse og arbeidsoppgaver i forhold til ABUPs kompetanse og arbeidsoppgaver?
- Er det sammenheng mellom helsesøstrenes tanker om samarbeid og organiseringen av tjenestene for barn og unge?

## **1.2 Oppgavens oppbygning**

Videre i dette kapittelet beskrives kort ABUP og skolehelsetjenesten. Deretter blir det gjort rede for noen politiske føringer for samarbeid i forhold til psykisk helse. I kapittel 2 gis en innføring av det teoretiske rammeverket som er brukt i drøftingen av funnene. Her presenteres begrepene tverrfaglig/tverrprofesjonelt og flerfaglig samarbeid, ulike former for kompetanse og arbeidsoppgaver, New Public Management-tenkningen, lokalbasert psykisk helsearbeid og begrepene behandlingsskjede og behandlingsnettverk. Kapittel 3 gir en oversikt over tidligere forskning som funnene vil sees i lys av. I kapittel 4 gis redegjørelse for metodevalg, utvelgelse av informanter og den praktiske metodiske gjennomføringen som er brukt i studien. I kapittel 5 diskuteres etiske overveielser som er gjort i forbindelse med studien. I kapittel 6 presenteres studiens funn ved hjelp av noen hovedtemaer som har framkommet i granskningen av det empiriske materialet. I kapittel 7 blir funnene og diskutert i lys av de teoretiske tilnærmingene som er beskrevet i kapittel 2 og den tidligere forskningen som er presentert i kapittel 3. Hensikten er å framlegge ny kunnskap om samarbeid mellom helsesøstre i skolehelsetjenesten og ABUP. I kapittel 8 diskuteres min rolle som forsker og studiens reliabilitet og validitet. Avslutningsvis kommer noen oppsummerende betraktninger der det blant annet antydes mulige forskningstema i den videre utforskningen av samarbeid mellom helsesøstre i skolehelsetjenesten og ansatte i ABUP.

### **1.3 Aktørene i samarbeidet**

#### **1.3.1 Skolehelsetjenesten**

I henhold til Kommunehelsetjenesteloven (1982) skal kommunen gjennom sin helsetjeneste ”fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte”. Kommunenes helsetjeneste skal blant annet omfatte skolehelsetjeneste.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) beskriver helsestasjons- og skolehelsetjenestens forebyggende og helsefremmende tilbud. Tilbudet skal blant annet omfatte helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov, forebyggende psykososialt arbeid, opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper.

#### **1.3.2 Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP)**

ABUP er en del av klinikk for psykisk helse – rus og avhengighetsbehandling ved Sørlandet Sykehus. Avdelingen har poliklinikker i Farsund, Flekkefjord, Mandal, Kristiansand, Lillesand og Arendal. I tillegg har de ambulante team som jobber ut fra Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. For ungdom med behov for døgntilbud finnes 6 sengeplasser i Arendal. Avdelingen gir tilbud til barn og ungdom under 18 år og deres familier. Noen informanter og tidligere forskningsresultater refererer til BUP - Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Dette er en betegnelse som ikke blir brukt lenger.

I følge Helsedirektoratet (2008) er kjerneoppgavene til poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge utredning/diagnostikk, behandling, utdanning av helsepersonell, forskning, opplæring av pasienter og pårørende og veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Veiledningsplikten er også omtalt i Spesialisthelsetjenesteloven (1993) § 6-3.

### **1.4 Politiske føringer for samarbeid i psykisk helsearbeid**

Stortingsmeldingen ”Åpenhet og helhet” (St.meld. nr. 25 (1996-97) beskriver utfordringene i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det ble påpekt at

det er ”brist i alle ledd” både når det gjelder utforming og innholdet i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Stortingsmeldingen dokumenterer denne påstanden gjennom en statusgjennomgang av psykisk helsefeltet. Meldingen understreker behovet for utvikling av nye og bedre tjenester basert på tverrfaglig kompetanse, kontinuitet, tilgjengelighet og samarbeid i tjenestetilbudet. Sentralt står begrepene om brukermedvirkning og mestring, og nærhet og desentralisering.

Regjeringens strategiplan ”Sammen om psykisk helse” (2003) påpeker at det gjennom mange år har vært reist kritikk over manglende samordning av ulike deler av hjelpe- og støtteapparatet til barn og unge og deres familier. God samordning av tjenestene er en avgjørende forutsetning for at det samlede tilbudet til barn, ungdom og familier framstår som godt og formålstjenlig. Det er ikke tilstrekkelig at enkeltdeler av tilbudet fungerer godt, dersom det svikter i andre viktige ledd. De enkelte tjenestene må sammen utgjøre et nettverk hvor den enkelte tjeneste trår til når det er behov, og gjør det i nært samspill med andre berørte tjenester.

Opptappingsplanen for psykisk helse (St prp nr 63, 1997-98) videreførte de helsepolitiske intensjonene i Stortingsmelding 25 og lanserte begrepet psykisk helsearbeid. Planen innebærer en styrking og omstrukturering av tjenestene til et mer desentralisert hjelpetilbud. I de senere årene har også Verdens helseorganisasjon lagt sterk vekt på utfordringene knyttet til psykiske problemer og kravene til et nytt svar fra samfunnet (World Health Organization, 2005).

I juni 2009 la regjeringen fram forslag til en ny samhandlingsreform for helsetjenesten (St.meld. nr.47, 2008-2009). Her påpekes det at selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig. Det argumenteres for at dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor blant annet fordi dårlig koordinerte tjenester betyr dårlig og lite effektiv ressursbruk.

## 2 TEORETISK FORANKRING

Gjennom denne studien har det vært et ønske å være åpen for hvilke teorier kunne vise seg å være nyttige for å belyse empirien og problemstillingene i studien. Det er klart at min egen forforståelse, kliniske praksis og mine forkunnskaper har vært noe styrende for valg av teorier, men teoriene som er valgt ut er i hovedsak basert på analysen av funnene. Ettersom tverrprofesjonelt samarbeid er et emne som er svært sammensatt er det valgt å drøfte problemstillingene ut fra flere perspektiver og med utgangspunkt i flere ulike teorier. Dette har vært et bevisst valg, men det har gått på bekostning av muligheten til å fordype seg i en eller to teorier.

Analysen av funnene viste at helsesøstrenes syn på sin egen og ABUPs kompetanse og arbeidsoppgaver kan ha betydning for når de mener at det er nødvendig med et samarbeid med ABUP. På bakgrunn av dette er det valgt å diskutere funnene i lys av begreper knyttet til kompetanse og arbeidsoppgaver. Ut fra det empiriske materialet ble jeg også opptatt av hvordan organisasjonen i skolehelsetjenesten, kommunen og ABUP, med sine strukturer og materielle ressurser, kan påvirke samarbeidet. Med dette utgangspunktet er det valgt et *organisasjonsteoretisk perspektiv*. I et organisasjonsteoretisk perspektiv betraktes alle elementer, arbeidsoppgaver og yrkesfunksjoner i forhold til hverandre (Repstad 1983)

### 2.1 *Kompetanse og arbeidsoppgaver*

Glavin & Erdal (2007) skriver at klarheter omkring hva som er målet for det man driver med kan være et hinder for samhandling og at derfor er viktig å ha forståelse for hverandres oppgaver. I kapittel 7.1.1. drøftes helsesøstrenes tanker om egen og ABUPs kompetanse og arbeidsoppgaver ut fra Willumsens (2009) begreper knyttet til dette. Hun skiller mellom kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse og spisskompetanse. Kjernekompetanse er den kompetansen som en person har og som de andre ikke har og som reflekterer hovedfokus i den enkelte profesjonens fag, overlappende kompetanse er en type kompetanse hvor flere har samme kompetanse, felleskompetanse er en felles faglig kunnskap som utvikles over tid i et samarbeid mens spisskompetanse er en spesifikk og ofte smal kompetanse.

I forbindelse med integrering av tjenester skiller Willumsen (2009) mellom primæroppgaver og fellesoppgaver. Primæroppgavene er de oppgavene som er nedfelt i virksomhetens målsetting og rammer og som skiller tjenestene fra hverandre. Fellesoppgaver er de områdene hvor flere tjenester har et ansvar.

## **2.2 Tverrprofesjonelt samarbeid og flerfaglig samarbeid**

Samarbeid kan betegnes som tverrfaglig/tverrprofesjonelt eller flerfaglig. Disse ulike samarbeidsformene vil i kapittel 7.2.1. diskuteres i forhold til hvordan helsesøstrene opplever samarbeidet med ABUP og hvilke ønsker og forventninger de har til samarbeidet. Willumsen (2009) påpeker at det er problematisk å avgrense et fag fordi det ofte består av flere disipliner. Hun velger derfor å bruke begrepet tverrprofesjonelt arbeid.

”Det dreier seg altså om et samarbeid mellom ulike profesjoner som har en felles oppgave eller et fellesprosjekt. De er engasjert i felles beslutninger, noe som innebærer integrasjon av andre faggruppers kunnskap og ferdigheter. Sammen skaper deltakerne ny viten, en slags merviten som er en syntese av samarbeidspartenes ulike bidrag som partene ikke kan oppnå alene.” (Willumsen, 2009, s. 21)

Denne merviten utvikles i følge Willumsen (2009) ved at man i felleskap diskuterer og reflekterer over ulike sider av brukerens behov og hvordan tiltak og tjenester kan skapes for å ivareta behovene” Man kan skille mellom tverrfaglig/tverrprofesjonelt samarbeid og flerfaglig samarbeid.

”I flerfaglig samarbeid arbeider faggruppene ved siden av hverandre eller parallelt med sterkt atskilte fagområder. Det trenger ikke nødvendigvis å være kontakt mellom dem. Ekspertise og tjenester kan rekvireres. Det er som regel lite fokus på helhetssyn og felles ansvar.” (Willumsen, 2009, s. 21)

## **2.3 Grad av integrering på personnivå og organisasjonsnivå**

Willumsen (2009) beskriver fire ulike samarbeidsformer avhengig av grad av integrering på personnivå og organisasjonsnivå. En løst koblet tverrprofesjonell form har lav grad av integrering både på person nivå og organisasjonsnivå. Tett integrerte samarbeidsformer innebærer høy grad av integrering på personnivå og

organisasjonsnivå. I begge disse tilfellene samsvarer strukturene med hensyn til grad av integrering. I andre tilfeller kan det være en høy grad av integrering på personnivå og lav grad av integrering på organisasjonsnivå eller vice versa. Hvis strukturene på organisasjonsnivå og personnivå karakteriseres av forskjellig grad av integrering, kan man i følge Willumsen (2009) anta at det kan oppstå problemer. Samarbeidet mellom helsesøstrene og ansatte i ABUP vil derfor i kapittel 7.2.1. drøftes ut fra grad av integrering på begge disse nivåene.

#### **2.4 New Public Management**

New Public Management (NPM) er en gruppe administrative reformer som kombinerer statlig styring og vektlegging av økonomiske normer og verdier i offentlig sektor. Hood (1991) peker på NPM som en doktrine med flere komponenter. Det skal være "hands on" profesjonell styring der styringsfullmakter delegeres til synlige og sterke ledere. Videre skal det være eksplisitte standarder og mål på ytelser. Det vil si at mål må defineres og at indikatorer på suksess helst skal kvantifiseres. NPM vektlegger resultatmål og belønninger knyttet til måloppnåelse. Tidligere "monolittiske" enheter splittes opp, det er økt konkurranse i offentlig sektor og bruk av styringspraksis fra privat sektor. Vektlegging av budsjett disiplin innebærer kostnadskutt og fokus på arbeidsdisiplin. I kapittel 7.2.2. drøftes hvordan NPM-tenkningen kan påvirke samarbeidet mellom helsesøstrene og ABUP.

#### **2.5 Lokalt basert psykisk helsearbeid**

Samarbeidet mellom helsesøstrene og ABUP kan finne sted på ulike arenaer. Helsesøstrenes uttalelser i forhold til samarbeidet med ABUP vil i kapittel 7.2.2. diskuteres med utgangspunkt i begrepet lokalt basert psykisk helsearbeid. Det kan defineres på ulike måter. I denne oppgaven er det tatt utgangspunkt i Rogans (2004) beskrivelse:

"Begrepet indikerer at løsningene så langt det er mulig skal finnes i brukerens eget lokalmiljø og at lokalmiljøets egne ressurser mobiliseres i et samarbeid med aktuelle spesialiserte tjenester. Det vil oftere enn før kunne handle om at spesialistene beveger seg ut av sine kontorer og korridorer for å møte brukere og

familier der de bor og for å møte kommunalt ansatt personell for å styrke kompetansen lokalt” (Rogan, 2004 s.7).

Intensjonen er at brukerne og deres familier skal få den støtte og faglige hjelp de trenger – når de trenger det – på en lett tilgjengelig måte. Lokalbasert psykisk helsearbeid skal involvere alle aktuelle tjenester som har en rolle i utformingen av et helhetlig tilbud til den det gjelder. Kommunale tjenester skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten i utformingen av aktuelle tilbud. Målet skal være å tilrettelegge for et verdig liv samt at tilbudet skal utformes i tråd med brukerens behov for å kunne leve et mest mulig normalt liv i sitt lokalmiljø. Lokalbasert psykisk helsearbeid innebærer en endring i forståelsesform som har konsekvenser for behandlingstilbud, samarbeidsmønstre, kunnskapsutvikling og organisering (Rogan, 2004).

Lokalbasert psykisk helsearbeid handler ikke bare om fysisk lokalisering, men også om en annen måte å forstå psykisk helse på. Nyere visjoner for lokalbasert psykisk helsearbeid er blant annet tilgjengelighet, nærhet, helhet, sammenheng, tilhørighet, nettverk, medvirkning, mestring, bedring og frivillighet (Ørstavik, 2008). Bøe og Thomassen (2007) skriver at arenaen ikke bare har en innvirkning på brukernes trygghet, men at det også påvirker hvordan fagpersonen ser på og lytter til brukeren.

Lokalbasert psykisk helsearbeid kan også påvirke hvordan tjenestene til brukerne organiseres. I neste underkapittel presenteres to ulike måter å organisere tjenestene til barn og unge på.

## **2.6 Behandlingskjeder og behandlingsnettverk**

Tjenestene til barn og unge kan organiseres som en behandlingskjede eller et behandlingsnettverk. Med bakgrunn i helsesøstrenes opplevelse av samarbeidet med ansatte i ABUP vil det i kapittel 7.3. diskuteres hvordan tjenestene er organisert i dag og hvordan organiseringen kan være.

For noen ti-år siden ble begrepet *behandlingskjeder* introdusert med stor entusiasme. Nytingnes og Skjerve (2005) beskriver behandlingsapparatet som en behandlingskjede med ulike avgrensede ledd. Pasienten skal etter denne tenkningen ideelt sett på et hvert



tidspunkt befinne seg på det rette nivået i behandlingskjeden i henhold til det såkalte LEON prinsippet (laveste effektive omsorgs- og behandlingsnivå) (Hald & Hoven 2009). Hald og Hoven (2009) nevner flere problematiske sider ved kjedetenkning: problemer med å avgrense tilstander, uklare ansvarsforhold, hierarkisk kompetanse og manglende kontinuitet. I følge Rogan (2004) kan ideen om behandlingskjeder innebære en «transport av pasienten» som faktisk betyr en serie planlagte brudd i behandlingskontinuiteten.

Ut fra tankegangen i lokalbasert psykisk helsearbeid vil det være bedre å organisere tjenestene i behandlingsnettverk. Det innebærer at man skaper et nettverk av aktuelle ressurspersoner rundt brukerne (Nyttingnes & Skjerve, 2005). Hald og Hoven beskriver positive effekter av å organisere tjenestene på denne måten: overlappende tilbud, samtidig ansvar, demokratisk kompetanse, lokal kunnskap og kontinuitet.

Det er nå presentert ulike teorier som kan være til hjelp for å belyse samarbeidet mellom helsesøstrene i skolehelsetjenesten og ABUP. Videre presenteres tidligere forskning som er relevant for å belyse funnene i denne undersøkelsen.

### **3 TIDLIGERE FORSKNING**

Funnene i denne studien vil i kapittel 7 diskuteres i lys av forskningsresultatene i dette kapittelet. Disse undersøkelsene er valgt ut på grunnlag av at de omhandler tema som oppfattes som relevante for denne undersøkelsen, nemlig samarbeid, tilgjengelighet, kompetanse og organisering. Her presenteres hovedsakelig funn som er relevante for funnene i min studie. Helsesøstrenes uttalelser er preget av lovverk, politiske føringer og organisering av tjenester for barn og unge i Norge. Internasjonale undersøkelser er ikke tatt med her da de oppleves som mindre aktuelle for norske forhold.

#### ***3.1 Samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner***

Schönfelder (2008) har skrevet en doktorgradsavhandling om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner. Det sentrale tema for avhandlingen er hvordan de forskjellige tjenestene og profesjonene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid samarbeider, og hvordan de konstruerer et meningsfylt bilde av sin arbeidshverdag i kommunikasjon med andre. Empirisk bygger undersøkelsen på en innholdsanalyse av stortingsmeldinger og en diskursanalyse av intervjuer. Intervjuene følger kontaktpersonene til 15 pasienter med forskjellige psykiske lidelser over en ettårs periode. Slik jeg forstår det er helsesøstre i skolehelsetjenesten en av mange yrkesgrupper som Schönfelder kaller bakkebyråkrater. Han kom fram til at bakkebyråkrater konstruerer en kollektiv identitet som gruppe i psykisk helsevern, og at denne identiteten i større grad blir konstruert gjennom en avgrensning til gruppen av behandlere enn gjennom deres egen faglige kjerne. Bakkebyråkratene beskrev behandling som noe som var utenfor deres mandat og kompetanse. Dette gjaldt spesielt bakkebyråkrater i det kommunale psykiske helsearbeidet. Bakkebyråkratene avgrenset seg overfor behandlergruppen ut fra en opplevd nedvurdering av egen faglighet.

#### ***3.2 Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske vansker***

Andersson og Steihaug (2008) gjennomførte en studie av tilgjengeligheten til tjenester for barn og unge med psykiske vansker. Undersøkelsen var basert på en kartlegging av barn og unge med psykiske vansker som mottok tiltak ved helsestasjonstjenesten og PP-tjenesten, samt intervju med fagpersoner. Det ble foretatt datainnhenting i 2002, 2004

og 2007. Undersøkelsen avdekket at tjenestene hadde kontakt med en forholdsvis stor andel barn og unge med alvorlige psykiske vansker som ikke mottok et adekvat hjelpetilbud. Denne andelen hadde også økt de siste årene. Totalt sett hadde 20 prosent av barn og unge med psykiske vansker som var i kontakt med helsesøstertjenesten et vurdert udekket behov for behandling fra det psykiske helsevernet. Det var *økt* risiko for udekket behov når helsesøstertjenesten hadde etablert et formalisert samarbeid med BUP. Barn og unge hadde en *redusert* risiko for vurdert udekket behov når helsesøstertjenesten var samorganisert med andre tjenester. Risiko for udekket behov var også lavere i små kommuner enn i store kommuner. Både informantene fra BUP og kommunene beskrev noe samarbeid om henvisningsprosessen, men begge parter mente at det var et forbedringspotensial. Informanter i alle kommunene etterlyste mer oppfølging fra BUP etter at barnet eller ungdommen var ferdig uredet/behandlet. Kommunene savnet også mer veiledning fra BUP. Mangel på møtepunkter var den hyppigst angitte årsaken til problemer i tverrfaglig samarbeid

### **3.3 Helsesøsters kompetanse**

Andersson, Ose og Norvoll (2006) gjennomførte en undersøkelse der hovedmålet var å kartlegge helsesøsters kompetanse generelt og spesielt innen psykisk helse. De utførte en nasjonal spørreskjemaundersøkelse og et fokusgruppeintervju med kommunalt ansatte helsesøstre. Resultatene viste blant annet at helsesøstre opplever å ha et viktig ansvar og en viktig rolle i det psykiske helsearbeidet, men at de etterspør mer kompetanse, spesielt i forhold til å kunne møte problemstillinger relatert til psykisk helse hos barn, unge og foreldre. De har høyt behov for videreutdanning, etterutdanning og kurs og det er et stort udekket behov for veiledning. Helsesøstre er betydelig mer tilfreds med den kompetansen de har innen primærforebyggende /helsefremmende arbeid, enn innen psykisk helse hos barn og unge og barn av psykisk syke. Andel helsesøstre som opplever at de i stor grad har behov for økt kompetanse innen ulike problemområder relatert til psykisk helse varierer fra mellom 20- 35 prosent. Flest helsesøstre oppgir å ha behov for økt kompetanse innen selvskading og seksuelle overgrep, samt i forhold til atferdsproblematikk.

### **3.4 Organisering, samarbeid og samordning**

Myrvold og Helgesen (2009) har skrevet en rapport basert på en spørreskjemaundersøkelse sendt til alle norske kommuner i 2002, 2005 og 2008, samt to omganger med casestudier i et mindre antall kommuner. I perioden fra 2002 til 2008 synes det å være en dreining i involveringen i det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene bort fra tjenester som primært møter barn i vanskelige situasjoner til tjenester som møte de fleste barn og unge, som skolehelsetjenesten. Nesten ni av ti kommuner sier at helsestasjonene/ skolehelsetjenesten er svært involvert i det psykiske helsearbeidet rettet mot barn og unge. Mer enn halvparten av kommunene svarer dessuten at barnevernet, PPT og legene i stor grad er involvert i arbeidet. I en del av de minste kommunene opplever de problemer knyttet til et lite fagmiljø og de mener at folk med kompetanse spres for mye på ulike tjenester i kommunen i stedet for å samles i et sterkere faglig miljø. Halvparten av kommunene mener at barn og unges tilgang på andrelinjetjenester er langt mindre enn behovet.

### **3.5 Muligheter og utfordringer i samarbeidet for å bedre barn og unges psykiske helse**

Andersen (2008) undersøkte erfaringer og synspunkter fra kommunalt ansatte i forhold til utfordringer og muligheter i samarbeidet for å bedre barn og unges psykiske helse. Informantene mente at tilgjengelighet og tilstedeværelse fra BUP var viktig for et godt samarbeid. De ønsket seg et samarbeid preget av en forståelse av at de ulike deltakerne besitter ulike kunnskaper og at målet blir å finne veien sammen. Flere kritiserte BUP for manglende interesse for, kunnskap om og anerkjennelse av det kommunale arbeidet. Flere etterspurte mer veiledning, særlig i konkrete saker. Det var usikkerhet i forhold til hvem som har hovedansvaret for det psykiske helsearbeidet for barn og unge i kommunene. Informantene ønsket at BUP kom mer ut der hvor folk lever og at barn og familier i mindre grad trengte å komme til BUP. De kommuneansatte verdsatte og etterspurte BUP sine tjenester, også de som er basert på individuell oppfølging og vurdering. Likevel ønsket en større fleksibilitet i tjenestene, og noen uttrykte bekymring over at det var mange hjelpere, mye utredning, men lite hjelp å få. Flere informanter pekte på at samarbeidet var mer personavhengig enn systemavhengig, og viste til godt samarbeid med konkrete personer på BUP.

## 4 METODE

I dette kapittelet redegjøres det først for valg av forskningsdesign, metode og informanter. Deretter beskrives framgangsmåten for datainnsamling, transkribering og analyse i denne studien.

### 4.1 Metodisk tilnærming

Dette mastergradsprosjektet tok utgangspunkt i et ønske om å undersøke samarbeid mellom helsesøstre i skolehelsetjenesten og ansatte i ABUP, sett fra helsesøstrenes perspektiv. Formålet med studien var å få vite mer om informantenes erfaringer, forventninger og ønsker i forhold til samarbeidet med ABUP og deres tanker om egen og ABUPs kompetanse og arbeidsoppgaver. Med bakgrunn i disse problemstillingene ble det valgt en kvalitativ tilnærming, i form av et kvalitativt intervju. Gjennom en kvalitativ forskningstilnærming kan en utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling og bevegelse i sosiale fenomener (Malterud, 2003).

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning av mening i menneskelige uttrykk (hermeneutikk) (Malterud, 2003). Med utgangspunkt i problemstillingene kom jeg fram til at det ville være hensiktsmessig å ha et fenomenologisk perspektiv i undersøkelsen. Fenomenologi peker på interessen for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne studien fokuserer på få tak i helsesøstrenes livsverden. Mitt ønske har vært å være åpen for helsesøstrenes erfaringer, fremheve presise beskrivelser, søke etter beskrivelsenes sentrale betydning og forsøke å se bort fra forhåndskunnskaper (Jfr. Kvale, 1997). Målet var å innta en beskrivende holdning og representere helsesøstrenes stemme så lojalt som mulig.

Malterud (2003) påpeker imidlertid at forskeren bruker både beskrivelser og tolkninger i kvalitative studier. *"En hver beskrivelse er farget av tolkninger og en hver tolkning bygger på beskrivelser"* (Malterud, 2003 s.52).

## **4.2 Prinsipper for utvelgelse av informanter**

Mange informantgrupper kunne tenkes å sitte med verdifull informasjon om samarbeid med ABUP, for eksempel ansatte i pedagogisk psykologisk tjeneste, familiesentra, barnevern og skoler. På grunn av oppgavens begrensning og for å sikre at informantene har en del til felles, er utvalget i denne studien avgrenset til helsesøstre som jobber på ungdomsskoler. Ettersom helsesøstre som jobber på skolene ofte er de første i hjelpeapparatet som kommer i kontakt med barn og unge som sliter, mener jeg at de bør være en viktig samarbeidspartner for ABUP og at det derfor trengs kunnskap om deres syn på samarbeidet med ABUP.

Det var et ønske å få kontakt med informanter som hadde erfaring og kunnskap til å gi mest mulig informasjon i forhold til problemstillingene. Derfor ble det gjort et strategisk utvalg av informanter som kunne ha noe å bidra med i forhold til studiens formål. Ettersom ABUP er i stadig forandring, ble det valgt informanter som hadde erfaring fra samarbeid med ABUP det siste året. Ønsket var å få et inntrykk av samarbeidet med ABUP som helhet. Derfor ble det valgt informanter både fra Aust- og Vest-Agder. Tre av informantene var fra Vest Agder og to fra Aust Agder. For å perspektivere innspillene ble det plukket ut informanter både fra bykommuner og landkommuner. Avstanden fra helsesøsters tilholdssted til ABUPs lokaler varierte fra å være i samme kommune til å være ganske langt unna. Det er ingen helsesøstre som jeg selv har samarbeidet med i utvalget. I utgangspunktet var det et ønske at informantene skulle ha erfaring både med poliklinikken og ambulant team. Det var ikke noe krav da det ville begrense antall helsesøstre som var aktuelle som informanter. Helsesøstre som jobber i ungdomsskoler ble valgt fordi ambulant team forholder seg mest til ungdommer.

Først ble det sendt en henvendelse til ledende helsesøstre i ulike kommuner med spørsmål om hjelp til å skaffe en informant. Deretter ble de aktuelle informantene ringt opp og spurt om de ville delta.

For å unngå at informantenes svar skulle bli påvirket av at de var i lokalene til dem de skulle intervjues om ble det valgt å ikke bruke ABUPs lokaler som intervjusted. Informantene fikk velge hvor intervjuene skulle foretas. Det var et ønske å møte informantene på en arena der de kunne føle seg komfortable og som var mer ”nøytral”

enn ABUPs lokaler. De fleste valgte sitt eget arbeidssted, men en valgte også å møtes i lokalene til Universitetet i Agder.

### **4.3 Gjennomføring av datainnsamling**

Det ble gjennomført fem intervjuer som varte i en til halvannen time. I utgangspunktet skulle hver informant intervjues en gang, men jeg holdt muligheten åpen for å ta kontakt med dem igjen dersom det viste seg at det kunne være hensiktsmessig for å få utfyllende informasjon. Det ble ikke nødvendig.

Før intervjuet startet ble det sjekket at informantene hadde lest informasjonsskrivet og skrevet under på samtykkeskjemaet. De ble også forklart at det bare var jeg som skulle høre på lydopptaket og at det skulle slettes når oppgaven var levert og vurdert. Intervjuet startet med spørsmål som var enkle å besvare for at informantene skulle føle seg komfortable med situasjonen. Dette var også spørsmål som ga informasjon om hvem personene i utvalget var og hvor mye erfaring de hadde med samarbeid med ABUP. Etter hvert sirklet jeg meg inn på hovedspørsmålene. Temaet og hovedspørsmålene i intervjuet var avgrenset og fastlagt av meg og intervjuet ble styrt slik at hovedspørsmålene ble belyst. Likevel var det et mål at intervjuet skulle være åpent nok til at informantene kunne komme med innspill som ikke hadde direkte tilknytning til spørsmålene. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål til det informantene fortalte, og det de sa ble bekreftet ved å nikke og si ”ja”, ”mm” og ”nei”. Hvor aktiv jeg selv var, var avhengig av hvor mye informantene pratet. Det ble ikke stilt nye spørsmål før informanten hadde en tydelig og lang pause. Det var et mål å ikke påvirke informantenes svar ved å stille ledende spørsmål, men i ettertid ser jeg at spørsmålene kunne vært enda mer åpne, spesielt i de første intervjuene. Intervjuene ble avsluttet med å spørre informantene om de hadde noe mer de ønsket å si, som de ikke hadde blitt spurt om.

### **4.4 Transkribering av intervjuene**

Like etter intervjuet ble hovedpunktene fra intervjuet notert. Så raskt som mulig etter intervjuet ble hele intervjuet transkribert på bakgrunn av lydopptakene. Et alternativ kunne vært å bare transkribere de viktigste svarene som kom frem i intervjuet, og

utelate det resterende materialet fra undersøkelsen. Dette ville være mer effektivt og tidsbesparende, men hele intervjuet ble transkribert i tilfelle synet på hva som var viktig skulle forandre seg under analyse- og skriveprosessen. Fullstendig utskrift av intervjuet ga også mulighet til å gå tilbake til kilden under hele prosessen. I tillegg lettet transkriberingen analysearbeidet. Brokker av transkribert tekst kunne for eksempel flyttes rundt for å opprette kategorier og se sammenhenger (Dalland, 2000).

Det første intervjuet ble transkribert så ordrett som mulig, inkludert alle ”em”, ”eh”, latter og gjentakelse av ord. Under resten av transkriberingen ble dette utelatt fordi denne ekstrainformasjonen ikke hadde noen betydning for analysen av funnene i denne undersøkelsen og fordi det tok ekstra lang tid.

#### **4.5 Analyse av datamaterialet**

Ettersom denne studien hadde et fenomenologisk utgangspunkt, tok analysen av det transkriberte materialet utgangspunkt i Giorgis fenomenologiske metode, slik den er modifisert av Malterud (Giorgi, 1985; Malterud, 2003). Analysemetoden kalles systematisk tekstkondensering og består av fire trinn: 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere de meningsbærende enhetene, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2003).

Så raskt som mulig etter at hvert intervju var transkribert ble intervjuet flere ganger for å få et helhetsinntrykk. I samsvar med det fenomenologiske perspektivet, var målet i denne fasen å legge til side min forforståelse og teoretiske referanseramme. Jeg prøvde å stille meg åpen for de inntrykkene som materialet formidlet og reflektere over ulike måter å forstå informantens utsagn på.

I neste fase ble intervjuet lest mer sentrert for å finne ”meningsdannende tekstenheter”. Etter flere gangers gjennomlesning vokste det fram noen tema som var mer sentrale enn andre. Hver meningsdannende enhet ble klassifisert og det ble opprettet koder som sammenfattet innholdet i de meningsbærende enhetene. Kodene ble skrevet i margin på utskriften av intervjuene.



I den tredje fasen ble de meningsbærende enhetene flyttet inn i et dokument for hver kodegruppe og disse ble lest gjennom. Giorgi (1985) anbefaler at man omskriver det konkrete innholdet i hver meningsbærende enhet til abstrakt mening. I denne undersøkelsen ble det valgt å følge Malteruds (2003) metode med å jobbe videre med den enkelte kodegruppen som enhet fordi det ville blitt for omfattende å omskrive alle de meningsbærende enhetene. Tekststyringer som kunne forstås innenfor kategoriene, ble etter hvert plassert der de hørte hjemme.

Innholdet i hver subgruppe ble kondensert og fortettet ved å utvikle kunstige sitater fra hver av informantene. Innholdet fra de meningsbærende enhetene i subgruppen ble sammenfattet ved å bruke informantens egne ord i størst mulig grad. Det ble også valgt reelle sitater som illustrerte de kunstige sitatene.

Med utgangspunkt i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene, ble det laget en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe og plukket ut sitater som ga et mest mulig treffende bilde av det som var omtalt i teksten. Til slutt fikk denne innholdsbeskrivelsen en overskrift som sammenfattet hva den handlet om.

Etter hvert som kategoriseringsarbeidet vokste fram, så jeg at materialet lå godt til rette for å diskutere i forhold til følgende teorier/begreper/modeller:

- Tverrfaglig og flerfaglig samarbeid
- Samarbeid som integrering av kompetanse og arbeidsoppgaver
- Lokalbasert psykisk helsearbeid
- New Public Management
- Behandlingsnettverk versus behandlingsskjede -kontinuitet

Resultatene vil derfor bli drøftet med utgangspunkt i disse teoriene.

Til slutt ble innholdet i hver kodegruppe ble sett i lys av problemstillingen og de viktigste emnene ble bundet sammen i et mest mulig fortettet uttrykk for meningsinnholdet (Kvale, 1997).

## **5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER**

I dette kapitlet beskrives etiske aspekter i forhold til hvordan denne undersøkelsen ble planlagt og gjennomført. Deretter drøftes tre etiske regler for forskning på mennesker: det informerte samtykket, konfidensialitet og konsekvenser. (Jfr. Kvale og Brinkmann 2009). Min rolle som forsker vil presenteres i et eget kapittel etter diskusjonen av funnene.

### **5.1 Grundig planlegging og gjennomføring av undersøkelsen**

I forkant av intervjuundersøkelsen ble prosjektet meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). I meldingen ble det blant annet redegjort for problemstilling, metode, oppbevaring av data og tid for undersøkelsens avslutning. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble vedlagt. I tråd med retningslinjer fra NSD ble lederne til informantene på forhånd informert om hensikten med undersøkelsen, metode og tidspunkt for gjennomføring av undersøkelsen. Lederne ga et skriftlig samtykke med tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen. Informantene fikk også et informasjonsbrev. Dette brevet inneholdt en beskrivelse av hvem jeg er, hva jeg ønsket å intervju dem om og i hvilken forbindelse intervjuene skulle anvendes. Brevet inneholdt også informasjon om oppbevaring av data, taushetsplikt, opplysninger om når intervjuene vil finne sted og hvor lang tid de måtte regne med å sette av. Informantene ble informert om at jeg skulle gjennomføre intervjuet.

### **5.2 Informert samtykke**

Sammen med informasjonsbrevet fikk informantene et skjema i forhold til informert samtykke. Intervjupersonene ble her informert om undersøkelsens overordnede mål, om hovedtrekkene i prosjektplanen og om mulige fordeler og ulemper ved å delta i forskningsprosjektet. Det ble presisert at informantene sto fritt til å velge om de ønsket å delta i undersøkelsen. Informantene ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet (Jfr. Kvale og Brinkmann 2009).

### **5.3 Konfidensialitet - Sikring av personvern**

Konfidensialitet i forskningen innebærer at private data som identifiserer deltakerne, ikke avsløres (Kvale og Brinkmann 2009) Underveis i arbeidsprosessen har dataene blitt oppbevart på en slik måte at de ikke var tilgjengelig for andre enn meg. Informantene ble forhånd informert om at jeg hadde taushetsplikt. Alle de innhentede dataene er anonymisert slik at ikke andre skal gjenkjenne informantene. Informantene ble informert om at transkriberingen og lydopptaket ikke vil bli brukt til andre formål enn undersøkelsen, og at lydopptaket ville bli slettet etter at oppgaven er levert og vurdert.

### **5.4 Konsekvenser**

I følge Kvale og Brinkmann (2009) bør man vurdere konsekvensene av kvalitative undersøkelser både i forhold til om man kan påføre deltakerne skade og i forhold til hvilke fordeler deltakerne kan få ved å delta i undersøkelsen. Jeg vil argumentere for at det er liten fare for å skade informantene eller helsesøstre som gruppe i denne undersøkelsen. Slik jeg ser det går ikke problemstillingene inn på personlige forhold eller følsomme spørsmål. Jeg tror heller ikke at noen av informantene vil angre på noe de har sagt.

I et tilfelle brukte imidlertid en informant en personlig erfaring med hjelpeapparatet for å beskrive sine tanker om samarbeid. Jeg valgte da å la henne fortsette å fortelle om denne opplevelsen fordi jeg vurderte at nytten av den informasjonen hun kom med var større enn risikoen for at informanten skulle føle seg krenket. For å unngå skade stilte jeg imidlertid ikke oppfølgingsspørsmål i forhold til denne personlige erfaringen. De opplysningene som kom fram er i presentasjonene av funn heller ikke knyttet til denne spesifikke erfaringen. Alt i alt mener jeg at informantene stort sett bare vil oppleve fordeler ved å delta i denne studien fordi resultatene forhåpentligvis vil bidra til å bedre samarbeidet mellom dem og ABUP.

## **6 HELSESØSTRENES TANKER OM SAMARBEID MED ABUP - PRESENTASJON AV FUNN**

I dette kapittelet presenteres de funnene som gjennom analyseprosessen har blitt tolket som det mest vesentlige i materialet i forhold til å belyse forskningsspørsmålene.

Funnene presenteres ved hjelp av følgende hovedtema: tilbakemeldinger til helsesøster, å involvere helsesøster, samarbeid med andre deler av nettverket, nærhet og tilgjengelighet, tilgjengelighet i forhold til avslutning av saker, kompetanse og arbeidsoppgaver, veiledning og organisering.

I et såkalt ”kunstig sitat” (Malterud, 2003) kan en forsøke å fange det meningsbærende innholdet som gjennom analysen er funnet på tvers av intervjuene og som gir uttrykk for dette på en komprimert måte. Et mulig kunstig sitat der de ulike hovedkategoriene inngår kunne se slik ut:

Jeg skulle ønske at jeg fikk mer tilbakemeldinger fra ABUP, både i begynnelsen, underveis og ved avslutning av kontakten. I arbeid med ungdom er det viktig at ABUP involverer meg og andre deler av nettverket. ABUP har begynt å treffe ungdom mer på deres arena, men de burde gjøre det oftere. Det er viktig at ABUP er tilgjengelig, både i forhold til ungdom de har kontakt med og i forhold til ungdom som ikke er henvist enda. Helsesøstre driver med veiledning og forebyggende arbeid, mens ABUP driver med utredning, terapi og behandling. Jeg har fått veiledning fra ABUP, men ønsker meg mer av dette. Kommunens organisering og ressurser har betydning i forhold til hvor mange ungdommer som henvises til ABUP, men vi trenger uansett en spesialisthelsetjeneste.

### ***6.1 ”Det jeg er opptatt av er at ikke vi sitter og jobber hver på vår tue” – om å involvere og gi tilbakemeldinger til helsesøster***

Helsesøstrene påpekte at de har en del lokal kunnskap og at de kan bidra med informasjon som kan gi ABUP en mer helhetlig forståelse av ungdommen. De var opptatt av at man må ta hensyn til om ungdommen og familien ønsker å involvere helsesøster, men de fleste mente at det sjelden vil være noe problem å få samtykke. Informantene mente at ABUP kunne dratt nytte av å trekke inn helsesøstre mer, både når ungdommen er hos ABUP første gang og underveis.

En informant pleide å skrive i henvisningen at ABUP kunne ta kontakt hvis de ønsket videre informasjon, eller ville at hun skulle være tilgjengelig, men hun opplevde sjelden

at det ble gjort. Hun påpekte at hun ikke kan skrive på noen få linjer hva hun har observert. De gangene ABUP tok kontakt var det gjerne i forbindelse med en ADHD utredning eller hvis de trengte opplysninger om ungdommens historie eller helse. Da ble de på skolen ofte bedt om å fylle ut noen skjema.

”Jeg synes det hadde vært greit at de hadde involvert oss mer. At ikke jeg bare er den som henviser, også behandler de, og så kommer de rett ut. Og så er det ikke noe kommunikasjon mellom.”

De informantene som hadde blitt invitert med i den første samtalen ungdommen har på ABUP hadde de opplevd som positivt, blant annet fordi de da kunne si noe som sitt inntrykk av ungdommen og hva de mener kan være viktig for vedkommende. En informant sa at hun savnet et slags overføringsmøte der ABUP spurte henne hva slags inntrykk hun har av familien. Det ble også forslått at ABUP burde ringe til helsesøster eller kontaktlæreren underveis og spørre om de ser noen endringer i hverdagen.

”Det er noe annet å sitte på sykehuset enn å komme i det sosiale miljøet, da ser du jo effekten hvis det har vært”.

Flere informanter skulle ønske at en person fra ABUP kunne vært med i fellessamtaler med helsesøster både før og etter henvisning. En av informantene mente at en fellessamtale kunne gjort at de kom fram til at ungdommen måtte henvises eller at de kunne unngått at det ble behov for henvisning. Hun mente at det ville være til nytte både for henne og ungdommen hvis det kom inn noen med en annen vinkling som kanskje var mer vant til å snakke om problemfylte ting og kunne stille noen andre spørsmål. Hun tenkte at dette kanskje var noe de kunne brukt ABUP-tida på familiesenteret mer til.

Flere av helsesøstrene mente at det ville vært bra å ha fellessamtaler med noen fra ABUP når ungdommen er henvist og noen hadde også erfaring med dette.

”Jeg er i en sak nå der vi har fellessamtaler med mor og datter, og så har jeg samtaler med dattera der vi kan ta opp ting som er viktige å få inn i fellessamtalene. Da har jeg mulighet til å snakke om ting som er viktig for henne og kan gjøre avtaler med henne om at dette synes jeg det er viktig at vi tar opp i fellessamtalen og så kan vi diskutere det i fellessamtalene med dem fra ABUP,

og finne ut hvordan vi gjør det. Den typen jobbing synes jeg er veldig bra og nyttig.”

En av informantene mente at fellessamtaler vil gi ABUP et bedre inntrykk av hvordan ungdommene fungerer i hverdagen. Det ble påpekt at helsesøster ofte vet mye om hvordan ungdommene har det, hvem som er vennene deres, hva som skjer på fritida og hvordan er det for dem i ulike situasjoner. Flere av informantene ønsket å gi denne informasjonen til ABUP mens ungdommen er til stede. Det ble nevnt at det er vanskelig for mange ungdommer å fortelle ting til fremmede personer, og at det vil være lettere for dem hvis helsesøster er tilstede og kan supplere i forhold til det de forteller.

Det ble uttrykt et ønske om at vurderingene til dem som har fulgt ungdommen over tid bør vektlegges sterkere. En informant mente at hun ofte vet om ungdommene er en type som trenger ambulant oppfølging eller om de kan klare å møte til samtaler på poliklinikken. En annen informant fortalte om en situasjon der en gutt ble innlagt og ble utskrevet etter noen få dager. Hun mente at de på ABUP ikke hadde fått hele historien etter å ha møtt gutten i to-tre dager. Denne informanten syntes det var litt arrogant at de som jobber i kommunen og har kjent familien i 10 år ikke ble tatt med på vurderingene om når det var riktig å skrive ham ut.

Alle informantene ønsket mer tilbakemeldinger fra ABUP. Det ble påpekt at tilbakemeldinger er personavhengig og at noen i ABUP er veldig flinke til å ta kontakt. En informant hadde bare positivt å si i de tilfellene de hadde fått til et samarbeid, men hun påpekte at det ofte krever det mye i en hektisk hverdag å få dette på plass. Hun var opptatt av at det må være tydelige rutiner i forhold til tilbakemelding. Flere nevnte at det hendte at de helt tilfeldig fikk vite at ABUP var involvert i forhold til ungdommer på deres skole. Det ble påpekt at dette er veldig beklagelig hvis helsesøster samtidig har et samarbeid med ungdommen på skolen.

Det var litt ulikt hvor mye tilbakemeldinger de forskjellige helsesøstrene ønsket. De nevnte at det kunne være greit å vite at ABUP er involvert og om det er noe som virker inn på skolen eller vil ha betydning for helheten omkring ungdommen. Det ble foreslått at det kan være et inntaksspørsmål hos ABUP om det er i orden at ABUP har et samarbeid med helsesøster dersom ungdommen har kontakt med henne. Informantene

savnet også mer tilbakemeldinger fra ABUP underveis. En av dem uttrykte at hun av og til kan ha henvist en elev og så hører hun ikke noe mer før saken er avsluttet hos ABUP. Hun følte ofte at det var hun som måtte ta kontakt og spørre om de kunne ha et samarbeidsmøte før ABUP avsluttet. Hun skulle ønske at ABUP også hadde henvendt seg av og til.

Alle informantene ønsket å få tilbakemelding når saken skulle avsluttes hos ABUP. Flere av helsesøstrene hadde opplevd å ikke få beskjed om dette. Det ble påpekt at ungdommen kan trenge mer oppfølging i kommunen når saken er avsluttet, og at det da kan det være en fordel å vite hva som er gjort og hvilke vurderinger ABUP har gjort. En informant mente at det å gi tilbakemeldinger handler om respekt, men også om hennes faglige utvikling. Det var en læringsprosess for henne å få rede på om denne saken var noe å henvise, hva ABUP synes, hva de fant ut, hva slags metoder som ble brukt, hva som hjalp og hvordan det gikk. Flere informantene uttrykte et ønske om å få epikrisen når saken avsluttes hos ABUP. Nå får de ofte ikke epikrisen hvis de ikke har bedt spesielt om det. Det ble foreslått at ABUP kan spørre på avslutningssamtalen om det er i orden at det sendes en kopi av epikrisen til helsesøster.

En av helsesøstrene hadde opplevd at ABUP hadde sagt at hun kunne følge opp ungdommen uten at de hadde diskutert med henne om det var greit. Hun mente at hvis det er forventet at hun skal stille opp, bør ABUP ringe henne, si hvordan de vurderer ungdommens situasjon, og diskutere med henne om hun har mulighet til å følge opp ungdommen videre. Hun skulle trodde det hadde vært mer kontakt mellom helsesøstre og ABUP helsesøstrene kunne henvise selv.

## **6.2 "Det er jo en brøkdal de forteller selv" – om betydningen av samarbeid med andre deler av nettverket**

Flere av informantene påpekte at ungdom ofte har kontakt med flere hjelpere. En helsesøster mente at noen ungdommer "surfer i systemet" og at det ikke alltid er like hensiktsmessig.

"Det kan være et poeng å få samordnet tiltak omkring ungdom, sånn at en kjører i samme retning, samme spor. Det er også noe med at hvis ikke en samarbeider, så vil en kunne rett og slett jobbe mot hverandre."

Denne informanten mente at det er viktig å finne samarbeidsarenaer. Hun hadde vært med på noen møter der ABUP hadde deltatt på primærhelsetjenestens arena. Det mente hun var viktig. I den kommunen hun jobber hadde de møter der barnevern, helsesøster og skole og barnehage møttes jevnlig for å ta opp saker og utveksle erfaringer. Foreldre og ungdommen deltok også på disse møtene, og hun mente at ABUP også burde være med på disse møtene hvis de er i kontakt med den aktuelle ungdommen. Hun mente at samarbeidet mellom ulike instanser ville bli enklere hvis ABUP og kommunen hadde visst mer om hverandres rutiner i forhold til møtevirksomhet.

En annen informant mente at man må ”jobbe tettere sammen” for å hjelpe ungdommene i felleskap. Med det mente hun at terskelen for å komme til ABUP burde være lavere, at henvisningstida ble kortere, at ambulerende ble mer utviklet slik at det ble mer tilgjengelig for familien og de som jobber i kommunen og at man kunne hatt samtaler eller nettverksmøter opp til tre ganger før ungdommen ble henvist. Hun fortalte om et prosjekt de hadde hatt tidligere.

”Det var jo et prosjekt som er borte, men tankegangen er veldig bra som Seikkula hadde – at man samler dem som er der, sakene blir diskutert der, og ikke etterpå. At alle er involvert, de som de som det gjelder – ønsker at de er involvert. Så det tror jeg har mye å si, i stedet for at noen ungdommer blir sittende på et kontor med en saksbehandler.”

En av informantene mente at det er større sjanse for å lykkes med kompliserte saker hvis flere instanser følger opp og ABUP samarbeider for eksempel med barnevernet. Hun påpekte at det ofte er mer enn samtaler som skal til for å hjelpe ungdommer og mente at det er viktig at ABUP deltar i ansvarsgrupper slik at de får et større bilde av hva som foregår rundt ungdommene. Denne informanten mente at ABUP er flinke til å delta i ansvarsgrupper, men at de kunne gjort det enda mer.

”For det er jo mye som ikke kommer inn kontordøra. Det ser jeg jo selv også, det er jo en brøkdel de forteller selv, men når en sitter i et møte der flere som har kontakt med dem kan på en måte si noe om hvordan tingene fungerer så får en jo et mye bredere bilde. Og det vil jeg jo tro vil være nyttig for dem som jobber på ABUP også. Det er i alle fall nyttig for meg som helsesøster.”



Denne informanten kom med et eksempel på samarbeid rundt en ungdom der foreldre, ABUP, skolen, PP-tjenesten og helsesøster har jevnlige møter. I denne saken hadde det vært mye famling fram og tilbake i forhold til hvordan de kunne tilrettelegge bra for ungdommen og hvordan de kunne følge vedkommende opp på skolen.

”Der synes jeg ABUP har vært kjempeflinke til å stille opp på møtene, og gi gode tilbakemeldinger på at det som skolen gjør i forhold til vedkommende, er bra og er nyttig og at de på en måte er på rett vei og trygget dem på en måte på at det er okay det de gjør. Og det ser jeg har vært kjempeviktig – å få den der vurderingen hele tiden på at det er greit, det de holder på med. Så det synes jeg har fungert veldig bra.”

Flere informanter påpekte at det er viktig å trekke inn ungdommens foreldre.

”I noen sammenhenger er det hensiktsmessig også å trekke inn foreldre -selv om det er ungdommer som er relativt store, så er de en del av en hverdag i forhold til en familie, så jeg har tro på nettverket rundt – å trekke inn folk rundt – de nærmeste.”

Denne informanten foreslo å ha møter sammen med familien der man er åpne i forhold til hva de ønsker, hvilke forventninger de har, hva de tanker at ABUP kan hjelpe dem med.

”Så sånn med ABUP da så tenker jeg jo at hvis jeg, eller vi, skal samarbeide med dem, så må det være mer linjer mellom oss, flere treffpunkter og mer dialog. De må regne med meg og oss her. De har det sikkert veldig travelt med å komme seg rundt de også. Det er greit nok å prate på telefon, men jeg tror at det er viktig å ha fysiske møter og at man er tilstede sammen, for eksempel slik som vi gjør det her i kommunen.”

### **6.3 ”De burde komme hit til det miljøet som ungdommene er” - om tilgjengelighet og arena for samarbeid**

Helsesøstre mente at det er viktig at ABUP kommer ut i kommunene og er den del av det miljøet der ungdommene oppholder seg. Det ble spesielt uttrykt et ønske om at ABUP kunne vært mer tilgjengelig og synlig på skolene, men det ble også nevnt at de burde treffe ungdom hjemme eller på helsestasjonen

”Jeg har tro på at de må inn på arenaen i primærhelsetjenesten og at de kan møte ungdommen der ungdommen er, og at ikke man møter nødvendigvis en ungdom på kontoret på BUP. Jeg tror man får en større kjennskap til hvem ungdommen er også på det viset.”

Andre fordeler som ble nevnt ved å møte ungdom på deres arena var at de får et større helhetsbilde av ungdommen, elevene mister mindre skoletid, det er tryggere for ungdommene å snakke med folk de ikke kjenner så godt hvis de er i et kjent miljø og at man raskere vil klare å skape gode relasjoner og få tilgang til å få lov å hjelpe ungdommene. En av informantene mente at det var spesielt viktig å ha det første møtet et sted hvor ungdommene er kjent og at helsesøster har mulighet til å være med. Det ble også påpekt at noen elever ikke ønsker å være på skolen når de skal snakke om vanskelige ting fordi de ikke har lyst til at andre skal se at det kommer noen som skal snakke med dem. Et forslag var da å heller snakke med dem på helsestasjonen.

Flere av informantene mente at ABUP har begynt å komme mer ut for å treffe barn og unge der de ferdes.

”...i løpet av de siste par årene som jeg har jobbet, så har jeg jo sett mange flere i fra ABUP som har vært med i ansvarsgrupper, på samarbeidsmøter på skolen, ja, andre typer samarbeidsteam som vi har rundt elevene -så har jeg sett mange flere fra ABUP enn det det var før - de siste par årene. Det synes jeg jo er kjempepositivt. Så det viser jo at dere har flyttet på dere. Det synes jeg er bra.”.

En annen informant mente at ABUP kom mer ut nå enn tidligere, men hadde inntrykk av at de fleste ungdommene måtte dra til ABUP sine lokaler. Det kom også fram at noen personer i ABUP er flinkere til å reise ut enn andre.

Det ble uttrykt et ønske om at møter og avslutningssamtaler burde plasseres i kommunen spesielt hvis det bare er en person fra ABUP og mange personer fra kommunen som skal delta.

”Bare det at møtet er plassert hos oss, at ikke vi må reise ut til dere, fysisk plassering av møtene, det betyr jo også utrolig mye (...) det handler om at det er nærest mulig eleven. Da stiller skolen med flere. Det går ikke like mye tid for oss som at flere skal reise ut til ABUP – og familien og eleven og alt.”

Det kom også fram et ønske om større tilgjengelighet i form av å få ABUP med på møter eller samtaler uten at det er en sak de følger opp. Et forslag var å ha fellessamtaler i forkant av en henvisning. Informantene mente at det ville være lettere å motivere ungdommene til å ta imot hjelp hvis de hadde fått inntrykk av hva slags folk som jobber i ABUP og hadde fått vite litt om hva ABUP kan tilby. Det ble også nevnt at

noen ungdommer kanskje ikke hadde trengt å bli henvist hvis ABUP hadde blitt med i to, tre samtaler sammen med helsesøster.

”Det som jeg tenker hadde vært veldig okay, det er jo hvis en kanskje i større grad hadde hatt mulighet til å få noen i fra ABUP med i en samtale for eksempel med ungdommer som vi prater jevnlig med for å få en sånn kjappere vurdering på om det er noe som ABUP skal jobbe med, eller er det greit nok det vi holder på med”.

To av informantene hadde hatt samarbeid med ambulant team. Den ene av disse sa at hun hadde inntrykk av at det ikke var så veldig mange som har tilbud om oppfølging fra ambulant team, men at de erfaringene hun hadde med dem var veldig positive. Hun mente at ambulerende team er kjempenyttig for veldig mange. Hun fortalte at samarbeidet med ambulant team ofte var i forhold til tunge saker. Da hadde de ofte noen samtaler hver for seg og noen samtaler sammen. Det syntes hun fungerte bra.

”Jeg kan kanskje ha en samtale i uka med dem på kontoret, men så trenger de egentlig tettere oppfølging en periode, så det synes jeg har fungert veldig bra, og da har de på en måte både kunnet beholde den relasjonen som de har til meg, og samtidig få hjelp av noen andre som kan gå dypere inn i dem og følge dem tettere enn det jeg har mulighet til også -i de periodene som det trengs.”

Hun mente at for noen ungdommer vil det være godt å ikke treffes på et kontor. Hennes inntrykk var at ambulerende team oftere har samtaler i forbindelse med en biltur eller gåtur. Det mente hun er en god måte å få gode relasjoner til ungdommene på. Hun hadde også opplevd at ambulerende team hadde fulgt ungdommen i ganske lang tid, til den verste krisen var over.

”Det syntes jeg har vært kjempebra – veldig betryggende for meg også som helsesøster å vite at her er det noen som er i bakhånd som en kan ta kontakt med hvis ting skulle skje, og som kjenner dem. Så det skulle jeg ønske at enda flere fikk tilbud om egentlig.”

Den andre informanten uttrykte seg også positivt i forhold til ambulant team, og mente at det er et ”fenomenalt opplegg”. Hun fortalte om en sak der samarbeidet med ambulant team hadde vært ”fantastisk”. Både mor og gutten hadde følt seg trygge fordi det kunne komme noen på kort varsel hvis mor ringte. Hun mente at denne ungdommen hadde vært død for lenge siden hvis det ikke hadde vært et ambulant tilbud.

”Alle de som har fått tilbud om ambulant team, de har vært veldig fornøyd. Ja, spesielt foreldre. Så det er kjempeflott tiltak. Jeg tror de ungdommene har blitt best mulig hjulpet, og det er jo litt nettverksbasert. Så det er supert. Det må de ikke kutte ut når de skal legge budsjettet (...) Jeg skulle absolutt ønske at det var mer ambulant jobbing ”

Hun ønsket at ambulant team også kunne brukes i skolesammenheng slik at hun og lærerne kunne hatt mulighet til å ringe og spørre om noen fra ABUP kunne komme ”når det brenner veldig” og de trenger bistand.

Informantene hadde ulikt syn på hvor tilgjengelig ABUP er når det gjelder å ta imot nye ungdommer. Hovedinntrykket var at ABUP tar imot de fleste ungdommene som er henvist via helsesøstrene, i hvert fall til en innledende samtale.

” ...de fleste som jeg har henvist har blitt tatt inn ja. Ja. I løpet av det siste...de siste årene, så tror jeg de har vært ganske tydelige. De som jeg har henvist. Det går jo også på den veiledningen fra dere, og samarbeid med familiesenteret at: nei, dette tror jeg er ABUP og vi ringer til dem og diskuterer.”

Det ble også påpekt at ventetida for å få en vurdering hos ABUP ikke lenger er så lang og at det gjør det lettere å motivere ungdommene til å ta imot hjelp. En av informantene skilte seg ut ved at hun opplevde at det ikke er så lett å komme inn til ABUP med de ungdommene hun er bekymret for og hun mente at ventetida ofte var for lang.

”Disse elevene og foreldrene kan jo ikke gå dag inn og dag ut og være fortvilet. Det er lang tid å vente, så situasjonen kan jo ha blitt helt annerledes når de først kommer til ABUP. Noen bærer også på problemene lenge før de ser at de trenger hjelp.”

Hun mente at det var bedre før og snakket varmt om et prosjekt de hadde hatt tidligere. Da kunne de ha kontakt med ABUP to, tre ganger før ungdommene eventuelt ble henvist og de kunne starte opp med noe innen en uke. Nå hadde kommunen fått beskjed om at alt må prøves lokalt før de henviser til ABUP. Det syntes hun egentlig var okay. Samtidig mente hun at hun kjenner det lokale systemet, og dermed kan vurdere om ungdommene krever en ”mer spesifikk behandling” eller en annen kompetanse enn det de kan tilby i kommunen. Hun mente derfor at ABUP i alle fall bør ta inn ungdommen til en vurdering. Hun opplevde at det var lettere å få ABUP til å ta imot ungdommene hvis hun ringte og la fram saken. Da hadde hun fått veiledning i hvordan hun skulle

skrive henvisning for at ungdommene skulle komme inn. Hun påpekte imidlertid at dette krever at man kjenner personer i ABUP og vet hvem man skal kontakte.

En annen informant hadde også opplevd at ABUP ikke tok imot ungdommer eller at de avsluttet saker for tidlig fordi de mente at de i kommunen kunne håndtere dette. Denne informanten var opptatt av hvem sitt ansvar det er hvis noe da skulle skje med ungdommen:

”Det er jo litt med ansvar også oppi det der – for hvis vi sitter med ungdommer som har kompliserte problemstillinger, og vi på en måte ikke får dem vurdert og inn i et system som faktisk kan ta ansvaret skikkelig for det – med en skikkelig fagkompetanse også, så er det jo litt med, altså hvis ting skjer, hvis ting går heilt skeis på en måte- hvem er det som har ansvaret?”

En tredje informant kom med et eksempel der ”alle” i kommunen var enig om at ABUP skrev ut en ungdom for tidlig etter at han hadde stengt moren inne i flere timer og truet med at hun ikke kom levende ut av huset. De fra kommunen opplevde det som veldig frustrerende at gutten skulle sendes hjem bare noen dager etterpå. De hadde da dratt til ungdomsklinikken og argument veldig hardt og lenge for at han bare skulle få et døgn ekstra der borte, slik at mor kunne forberede seg litt og få lillesøster til å være et annet sted de første nettene. ”Så det er ganske alvorlig.” De andre informantene ga ikke uttrykk for at ABUP avslutter saker for tidlig.

#### **6.4 ”Vi skal ikke drive terapi” - om kompetanse og arbeidsoppgaver**

Den første informanten mente at hun har en fordel fordi hun er kjent for ungdommene og at hun i utgangspunktet er ganske trygg for dem, men hun mente samtidig at de som jobber i kommunen ikke har den samme kompetansen som ligger i ABUP-systemet.

”...altså vi skal ikke drive terapi. Det er ikke vårt mandat. Vi skal drive forebyggende arbeid og det er jo en sånn der grense for hvor mye skal vi faktisk gå inn i (...) altså vi kan jo selvfølgelig en del i kommunene også – vi kan jo det...vi treffer jo mange og vi får dem jo rausende inn døra, veldig mange. Sånn at det er klart at en del kan vi, men jeg kjenner på at en kan ikke nok. Og - og vi skal heller ikke drive behandling (...) Vi stiller ikke noe diagnose uti her, og det skal vi ikke heller... jeg tror det er mye av den oppfølginga vi kan gi som

kanskje er like god på sånn relasjonsmessig som det de som jobber på ABUP er.”

Denne informanten veiledet av og til lærerne, men påpekte at hun som helsesøster ikke har veiledningsansvar i forhold til dem og at hun har mer enn nok annet å holde på med. Hun mente at det er mange fagfolk som kan mye mer enn hun kan og at det noen ganger betyr mer for lærerne å høre ting fra noen som har skikkelig kompetanse, som en psykolog, enn å høre det fra en helsesøster.

Hun mente at hun har ganske mye samtaler der de snakker om mye av det samme som blir snakket om på ABUP. Hvis hun hadde begynt å jobbe i ABUP trodde hun kanskje at hun kunne gjort den jobben de gjør, men da tror hun at hun ville hatt lettere tilgang til veiledning på detaljer, fra sak til sak og fra dag til dag.

”... jeg tenker det er et helt annet nettverk rundt dem som jobber på ABUP med å kunne få vurdert av psykologer, psykiatere – få en vurdering underveis på det en holder på med også som ikke vi har. Og den tenker jeg jo er viktig også for å faktisk vite hva en holder på med, om det er riktig det en gjør.”

Denne informanten hadde jobbet en del år, så hun mente at hun vet hva hun kan hjelpe med selv og hva hun trenger andre som kan hjelpe med. Når hun henviste, så var det fordi hun sto fast og mente det måtte vurderes andre tiltak. Hun mente at det er viktig at hun får en ordentlig vurdering på ungdommene når hun ber om det.

Den andre informanten uttrykte at det hun kunne takle selv også handlet om hennes kapasitet

”Jeg må jo si at jeg er såpass bevandret i systemet nå, og har såpass mye kunnskaper selv at – ofte når en trenger noen i tillegg, så er det hvis de tar deler av saken fra meg, så jeg får frigjort tid... eller at det er snakk om en nærmere utredning – og ofte så er det en utredning jeg har behov for i slike saker som jeg trenger BUP – eller eventuelt noe sånn oppfølging over tid. Er det kortvarig oppfølging, så kan jeg mange ganger ta det selv...”

Hvis det var mer omfattende, eller tidkrevende, så hadde hun ikke mulighet til å håndtere det alene. Hun kunne i en tidsbegrenset periode klare et par ganger i uka eller ukentlig i en periode, men hun kunne ikke klare ukentlig over lang tid. Denne

helsesøsteren uttalte at hun henviste til ABUP hvis det var ungdom som hadde behov for noe forsterkning.

”Det kan være kontrollering av sinne, det kan være ift spiseforstyrrelser, det kan være -altså oppfølging litt over mer tid, ikke bare utredning...ja, noen har behov for samtaler, noen har behov for å være i gruppeopplegg – der hvor det kreves litt ekstra. Lettere tilfeller kan jeg gjerne håndtere selv. Kommer litt an på hva saken gjelder.”

Denne informanten trodde at de som jobber i ABUP har variabel kompetanse og at de har spesialisert seg på ulike områder. Hun trodde kanskje noen hadde spesiell kompetanse rettet mot de minste barna, mens andre har kompetanse i forhold til de litt større barna.

”og jeg kan litt om alt – ikke absolutt alt da, men jeg kan litt om mye da for å si det sånn. Jeg vil tro at – eller jeg vet at en del har litt mer dybdekunnskap i enkelte felt...ja det kan være på de fleste felt det at de har litt mer dybdekunnskap.”

Den tredje informanten uttrykte at hun trenger ABUP når hun føler at hun kommer til kort selv.

”Der det er mer terapi enn det er veiledning – hvis vi kan skille på den måten. Og der jeg føler at dette kommer utenfor mitt kompetansenivå – i forhold til å lede den ungdommen videre”

Hun syntes ikke det var lett å skille mellom terapi og veiledning, men hun mente at i terapi er det helt klare ting som er utenfor hennes kompetansefelt, for eksempel overgrep, spørsmål om psykisk sykdom hos ungdommen, tvangstanker eller stemmehøring. Da mente hun at hun hadde behov for å få annen faglig hjelp inn.

”...altså, av og til tenker jeg at på BUP snakker du om de dype, heavy tingene og til meg snakker du mer om de hverdagslige tingene. Det er jo ikke alltid sånn, ikke sant”.

Hun sa også at hun trenger andrelinjetjenesten til utredning noen ganger, og at det er viktig.

Den fjerde informanten uttrykte at hun håndterte veldig mange ting selv, for eksempel sorg, spiseforstyrrelser/ problemer i forhold til kosthold, lett depresjon, konflikter på skolen, vanskelig følelser, skilsmisser og fosterbarn som har det vanskelig. Hvis hun følte at hun ikke kom noen vei med ungdommen og hun tenkte at hun ikke stakk til, så håndterte hun det ikke alene lenge.

”Og da tenker jeg bare at nå må vi ha inn noen nye øyne som kan se og noen nye ører som kan høre – og så må vi tenke sammen om det. Når jeg støter på problemer som jeg tenker at: det her er for stor for meg – da går jeg enten til psykisk helse her eller til PPT eller til fastlegen eller han som er helsestasjonslege her, og så drøfter vi det sammen og som regel kommer det ut en sånn pakke som vi tar oss av selv”

altså når det spisser seg til og er noe sånn, altså når det er noe psykisk, diagnoser og psykoser og de tingene der, så er det klart psykisk helse som går inn. Og jeg kan være med i noen tilfeller og bidra med noe, men det er jo dem som tar seg av de som er veldig syke – hvis ikke de plasseres på institusjon.”. Hun fortalte at de ofte er med henne i et til to-tre møter, og så tar hun saken litt alene igjen. Senere kommer de som var sammen med dem tilbake for å høre hvordan det går. ”...jeg har aldri opplevd at ikke det har blitt bra. Det blir jo bare bedre det – når det kommer inn nye folk.”

Denne informanten mente at det ikke er noen spesielle problemer som alltid må henvises til ABUP. Hun ville benyttet seg av ABUP hvis de hadde stått fast i kommunen og ikke hadde visst hva de skulle gjøre, men hun sa at det var sjelden.

”Jeg tenker på dem som en sånn...sånn spesialisttjeneste og at hvis man trenger dem så vet jeg at man kan få tak i dem, at man kan få gode råd og tips, forventer at de har tid til å høre på meg når jeg ringer, eller i hvert fall tar kontakt igjen når de har tid, at man kan komme bort der og...egentlig så er det veldig fjernt for meg skjønner du. Det er det. Men jeg tenker det at hvis jeg en gang trenger dem så er jeg sikker på at de stiller opp og er til stede”.

I denne kommunen henviste de sjelden ungdommer til ABUP, men de hadde brukt ABUP av og til i forbindelse med utredning, innleggelse eller samtaler hos psykolog. De hadde også benyttet seg av spe- og småbarnsteamet når de sto fast i forhold til samspill mellom foreldre og barn. Hun presiserte at hun hadde tro på å håndtere ting i bostedskommunen, og mente at kommunen hadde gode rutiner på det.



Den femte informanten sa ikke så mye om sin egen kompetanse, men var opptatt av ABUPs kompetanse. Hun nevnte at ABUP har tverrfaglige team med psykolog og psykiater, at mange på ABUP har tatt familierapi, de har ernæringsfysiolog, kompetanse i forhold til spiseforstyrrelser og mange folk som har doktorgrad og mastergrad.

” Vi har jo mengden av de såkalte normale, men dere har jo mengden av dem som sliter, og kan se litt annet perspektiv enn vi gjør, og har det tverrfaglige team rundt. At dere kan diskutere og drøfte med ulike fagfolk, men det har ikke vi. Jeg sitter jo mutters aleine.”

Hun snakket også om at familiesenteret har begrenset kompetanse på den typen ting som hun mente det blir mer av, for eksempel suicidale eller relasjonsskade.

### **6.5 ”De har hjulpet oss å rydde litt” – om veiledning**

Flere av helsesøstrene hadde fått veiledning fra ABUP, både i forhold til ungdommer som ABUP hadde kontakt med og ungdommer som ikke var henvist til ABUP. De fleste ønsket seg mer av dette. En av informantene skulle ønske at ABUP hadde hatt en slags akuttberedskap eller en person hun kunne ringe til, diskutere saker og få svar. En annen mente at ABUP ut fra sin kjennskap til ungdommen kunne gi gode råd i forhold til hvordan de skal håndtere ting i kommunen, spesielt til lærere. Hun var opptatt av at lærere har lite tilgang på kurs i forhold hvordan de skal møte ungdommer for å ta vare på deres psykiske helse.

To av informantene fortalte at ABUP har veiledning på familiesenteret i kommunen. En av dem påpekte at det ikke alltid er så lett å få det til å passe akkurat de to timene ABUP er i kommunen for å ha veiledning. Hun mente at det er nyttig å ha noen faste treffpunkter, men at det også er viktig å kunne ringe når hun sliter med et eller annet slik at hun kan få en vurdering på hva hun skal gjøre. Hun mente også at det ville være bedre hvis de kunne ha kalt ABUP inn til et møte på ungdomsskolen. Da ville det vært lettere å få med lærerne. Både familiesenteret og ABUP hadde gitt veiledning til lærerne i denne kommunen, men hun trodde det hadde vært nyttig om lærerne hadde fått mer veiledning i saker som de synes er vanskelig å stå i.

For hennes egen del mente hun det kunne vært okay å snakke felles om noen av de tingene som hun snakker med ungdommene om, for å få nye tips og tanker. Hun hadde hatt veiledningssamtale med psykolog fra ABUP i forhold til ungdom som hun hadde fulgt opp som de ikke hadde klart å få inn i ABUP. Det hadde vært nyttig for at hun skulle bli litt tryggere på hva hun står i, men hun var usikker på om det var nyttig for ungdommen. I forhold til noen ungdommer mente hun at hun ikke har kompetanse til å hjelpe godt nok, selv om hun får veiledning.

En av informantene ønsket ikke noe fast veiledning med ABUP, men hun hadde veiledning som ikke var i regi av ABUP. Hvis hun hadde en sak hvor hun sto litt fast, så ringte hun ABUP. Da fikk hun den hjelpen hun trengte. ABUP kom også til henne hvis hun trengte det. Hun hadde jobbet i en del år, så hun mente at hun ikke trengte veiledning, men heller at ABUP bidro direkte i forhold til saken – at de hadde samtaler med ungdommen, og at de hadde samtaler sammen slik at de kunne utfylle hverandre.

”Jeg ser ikke på BUP som den store kompetansen som skal komme og undervise meg om en hel haug av ting. Jeg har heller tro på at en i lag kan komme til noen løsninger – det må være hvis det er noe som krever veldig mye dybdekunnskap. Da skal det være ganske omfattende – og da er det også omfattende for BUP.”

De fleste informantene visste at de kunne ta kontakt med ABUP for å få veiledning, men det var ulikt i hvilken grad de gjorde det. En av helsesøstrene sa at det kan være at de i kommunen er for dårlige til å benytte seg av det tilbudet som finnes. Hun hadde opplevd flere ganger at ABUP hadde sagt at de kunne ringe hvis det var noe de lurte på. Det syntes hun var veldig bra. Hun hadde ikke blitt avvist de gangene hun hadde tatt kontakt med ambulanseteam. Samtidig sa både hun og en annen av informantene at de ikke likte å forstyrre.

”selvfølgelig så handler det litt om hva en selv gjør ut av det også. Men jeg tenker også der at det handler selvfølgelig noe om hva dere går ut med bredt, og sier at er deres muligheter også. For vi liker jo ikke å på en måte forstyrre dere heller da – vil jo ikke være sånn gnagsår som -ohh...hun der som alltid ringer og spør om alt mulig.”

De gangene hun hadde avtalt veiledning med ABUP over tid, måtte hun reise til ABUPs lokaler. Hun påpekte at det tar mye tid og at det fort glir ut. Hun mente at telefonveiledning er tidsbesparende og kan være nesten like bra som å møte ansikt til

ansikt. Denne informanten mente at det beste ville vært å ha tilgang på veiledning i kommunen, og hun håpte at psykologdekning i kommunen skulle bli bedre framover. Hun trodde at terskelen for å ringe og diskutere med ABUP er ganske høy, spesielt for lærere. Flere av informantene var opptatt av relasjoner og kontakter har betydning for om de tar kontakt med ABUP for å få veiledning. Det ble påpekt at terskelen for å ringe er høyere hvis man er usikker på hvem man skal ringe til, mens de som kjenner noen tar gjerne kontakt med disse.

I en av kommunene hadde de veiledning fra ABUP en eller to ganger i året tidligere, men det skled ut fordi ABUP ikke kom som avtalt og mange i kommunen følte at veiledningen var bortkastet tid. Det var ikke de samme personene som kom hver gang. Det hadde helt naturlige årsaker, men det førte til at de brukte lang tid på presentasjon og på å sette dem inn i saken og det ødela den relasjonen som de har bygget opp. Helsesøster i denne kommunen påpekte at det bør strebes etter at det er noenlunde de samme som kommer hver gang. Nå hadde to personer fra et team i ABUP begynt å komme to ganger i året. Da drøftet de anonymt en sak som mange i kommunen er involvert i.

”Det har vært veldig verdifullt, spennende og til god hjelp. De har hjulpet oss å rydde litt slik at vi ser på ting på en annen måte og får plassert ting der de hører hjemme.”

Bortsett fra dette, klarte hun seg uten veiledning fra ABUP fordi hun alltid hadde noen i kommunen hun kunne spørre.

## **6.6 ”Å gå fra dør til dør” - om organisering av tjenestene for ungdom**

En av informantene mente at de kunne gjort veldig mye hvis de hadde hatt mer kompetanse i kommunen. Hun opplevde at kommunen hele tiden får flere og flere oppgaver og mer ansvar, men hun mente at kommunen ikke har de ressursene som skal til for å ta det ansvaret og at systemet ikke er bra nok.

”Altså hvis målet skulle være at all behandling skulle foregå i kommunene, så måtte en jo hatt psykolog og psykiater og skikkelig fagkompetanse i kommunen...ja, og at en eventuelt kunne lagd noe liknende team i kommunene som en har innenfor ABUP, men det tenker jeg jo også spørsmålet er - altså det

er jo også et ressurs spørsmål. Det finnes jo ikke haugevis av folk å hoste opp til en hver kommune heller.”

En annen av informantene mente at man hadde tjent mye på å ikke ha så mange steder å henvise folk til.

”Av og til så stiller jeg meg litt sånn spørrende til så mange ledd, og så mange, ja – mange skott ... jeg tror en kunne tjent mye på å ha BUP nede på primærhelsetjenestenivå (...) Det skulle vært ikke så tette skott mellom BUP og kommunehelsetjenesten, men det blir mindre og mindre synes jeg.”

Hun mente at ABUP kunne spredd seg litt ut i områdene der barn og unge ferdes, på skolen og helsestasjonen. Hun foreslo at man kunne hatt noen som hadde kompetanse i forhold til de minste barna og noen som hadde kompetanse i forhold til de største i hvert område, eventuelt at de for eksempel kunne ha en dag i uka i hvert område. Hun mente det var viktig å ha noen faste folk i de ulike områdene.

”Jeg tror det bør bli enda mindre skott mellom BUP og kommunehelsetjenesten. Mange ganger skulle jeg faktisk ønske at de hadde vært litt mer på samme arena på et vis, sånn at en kunne ha faste samtaler, for eksempel - i forhold til et område av byen på det og det tidspunktet – lagt på helsestasjonen”.

En informant beskrev en prosess der ungdommen må ”gå fra dør til dør”. Først får ungdommen beskjed om å gå til familiesenteret. Der har de ikke alltid kompetanse i forhold til det som ungdommen sliter med. Etterpå sendes ungdommen til PPT, men der er det mange måneders ventetid. Hun var enig med en av lederne i ABUP som hadde sagt at dårlig kapasitet hos PPT ikke er noen unnskyldning for at det ikke er gjort noe lokalt.

”Men da er det vi som sitter her på skolen, lærerne, og sosiallærer, og inspektører og jeg som helsesøster, så da blir det veldig trøkk på oss. Og det er jo frustrasjon når ikke barnet blir utredet og det blir mer utagerende, og ikke vi vet hvordan vi får håndtert disse her, foreldrene sliter...”

Hun opplevde ofte at når ungdommen endelig kom inn til PPT så sa de: ”dette er ABUP sin sak.”

Flere av informantene uttrykte at de ofte følte seg alene i forhold til de ungdommene de jobber med. En av dem tok med seg noen fra familiesenteret i samtaler hvis hun følte at hun ikke kom videre i forhold til en ungdom. Det syntes hun hadde vært veldig bra, men i perioder hadde det vært vanskelig fordi familiesenteret hadde hatt så stort press. Hun trodde at flere av ungdommene hadde havnet på familiesenteret hvis de hadde hatt mer kapasitet. En annen informant var fornøyd med at hun hadde fått familiesenteret til å komme på skolen fast et par timer i uka. Hun skulle ønsket også et samarbeid med en psykiatrisk sykepleier som var mer synlig på skolen. Da mente hun at det kan være at det hadde vært mindre behov for ABUP og at problemene ville blitt løst på en annen måte.

I den ene kommunen var helsestasjonen, barnevernet, psykisk helse og PPT samlet fysisk i samme hus, slik at helsesøster kjente alle som jobbet der. Hun uttrykte at de hadde gode relasjoner og gode samarbeidsrutiner.

”...hvis jeg har en vanskelig sak – eller det har vært noe som har vært akutt da, på skolen – så er jo ikke ABUP et navn som streifer innom hodet en gang.”

I slike situasjoner ringte denne informanten heller til noen i psykisk helse, barnevernet, PPT eller en av de andre helsesøstrene som hun jobbet med. Hun følte aldri at hun satt med en sak alene.

Flere av helsesøstrene uttrykte at de av og til var i tvil om de skulle henvise til ABUP eller andre instanser. Det ble uttrykt at den tida når ABUP kom på familiesenteret var bra fordi de da hadde en diskusjon for hva hun skulle gjøre når hun ikke kom videre med ungdommen. Da diskuterte de anonymt om ungdommen skulle henvises til ABUP, barnevernet eller familiesenteret. En del ganger hadde det ført til direkte henvisning til ABUP. Hun hadde også hatt ungdom og familier med til ABUP-tida på familiesenteret.

## **7 DISKUSJON**

I dette kapitlet belyses studiens problemstillinger i lys av empiri, teori, tidligere forskning og helsepolitiske dokumenter. Drøftingen sentrerer om å gi svar på problemstillingene som omhandler helsesøstrenes opplevelser, forventninger og ønsker i samarbeidet med ABUP, deres tanker om egen og ABUPs kompetanse og arbeidsoppgaver og sammenhengen mellom helsesøstrenes tanker om samarbeid og organiseringen av tjenestene for barn og unge. Først drøftes helsesøstrenes syn på egen og ABUPs kompetanse og arbeidsoppgaver. Deretter drøftes funnene ut fra et organisasjonsteoretisk perspektiv. Til slutt kommer en sammenfattende drøfting der det diskuteres hvordan helsesøstrenes forventninger til samarbeidet med ABUP kan ha betydning for om samarbeidet skal organiseres som et behandlingsnettverk eller en behandlingsskjede.

### ***7.1 Kompetanse og arbeidsoppgaver***

I dette underkapitlet drøftes helsesøstrenes tanker om egen og ABUPs kompetanse med utgangspunkt i Willumsens (2009) begreper primæroppgaver, kjernekompetanse, overlappende kompetanse, felleskompetanse og spisskompetanse. På bakgrunn av helsesøstrenes uttalelser diskuteres også forebygging og behandling i helsepolitiske dokumenter.

#### **7.1.1 Helsesøstrenes syn på kompetanse og arbeidsoppgaver**

I denne undersøkelsen kom det ikke fram noen entydig beskrivelse av hva som er helsesøstrenes kjernekompetanse og primæroppgaver, men flere av informantene kom med uttalelser som kan tyde på at deres primæroppgave er forebyggende og helsefremmende arbeid. En informant nevnte også at hun driver med veiledning av ungdommene. Disse begrepene finner vi igjen dokumenter som beskriver kommunehelsetjenestens oppgaver, blant annet i Kommunehelsetjenesteloven (1982) og Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

Slik jeg ser det konstruerte flere av informantene sin egen faglige identitet som helsesøster i skolehelsetjenesten i avgrensning til ABUPs arbeidsoppgaver. Jeg opplevde at de syntes det var lettere å si noe om hva som *ikke* er deres primæroppgaver enn å si hva som *er* deres primæroppgaver. Når helsesøstrene sier at de henviser ungdommer til ABUP hvis de har behov for terapi, behandling, utredning og diagnostisering, kan det tolkes som om de har plassert sitt eget bidrag i oppfølgingen av ungdommene tydelig utenfor behandlings og terapibegrepet. Dette samsvarer med Schönfelders (2008) funn i forhold til bakkebyråkrater i det kommunale psykiske helsearbeidet. Slik jeg forstår det mente helsesøstrene at behandling, terapi, utredning og diagnostisering hører inn under ABUPs primæroppgaver og kjernekompetanse. Med unntak av terapi er dette oppgaver som er nevnt i veilederen som gjelder for ABUP (Helsedirektoratet 2008).

Slik jeg tolker det er skillet mellom terapi/behandling og forebyggende arbeid som informantene trekker i noen tilfeller klart hierarkisert. Eksempler på dette er uttalelser om at de som jobber i kommunen ikke kan nok, at det er mange fagfolk som kan mye mer og at de kan håndtere ”lettere tilfeller” selv. Informantenes uttalelser kan forstås som at når de føler at forebyggende arbeid ikke strekker til, må mer høyverdige og effektive tiltak til, nemlig behandling eller terapi. Til dette formålet henvender helsesøstrene seg til ABUP som de mener har et behandlingsansvar overfor ungdommene. Dette samsvarer med funnene i Schönfelders (2008) undersøkelse.

I et intervju prøvde jeg å få fram informantens opplevelse av forskjellen mellom terapi og veiledning. Dette ble problematisk for henne. Hun startet med å si at det var ”helt klare ting” som var utenfor hennes kompetansefelt. Hun klarte imidlertid ikke å komme fram til et noenlunde enhetlig terapibegrep. Isteden gikk hun over til å gi eksempler på tilstander som er utenfor hennes kompetanseområde. Det handlet det først og fremst om ”psykisk sykdom”. Slik jeg tolker det har hun altså ikke klart for seg hva terapi innebærer, men hun ser ut til å ha en forståelse av at det er noe man utfører hvis ungdommen har en eller annen form for psykisk sykdom.

I følge Willumsen (2009) er det viktig å anerkjenne hverandres kjernekompetanse i det tverrprofesjonelle arbeidet. I samarbeidet mellom ABUP og helsesøstrene i

skolehelsetjenesten er det vanskelig å skille mellom de ulike partenes kjernekompetanse. Det henger blant annet sammen med at de personene som jobber i ABUP har ulik profesjonsbakgrunn. Mange av dem som jobber i ABUP har en ganske lik kompetanse som helsesøstrene. Det gjelder for eksempel sykepleiere, barnevernpedagoger, vernepleiere og sosionomer. Dette kan være en grunn til at noen av informantene synes det er lettere å beskrive arbeidsoppgaver enn kompetanse. Det kom også fram at informantenes tanker om hva som er deres arbeidsoppgaver ikke bare handler om den kompetansen de har, men også om i hvilken grad de har nok tid til å følge opp ungdommene. Dette vil drøftes videre i kapittel 7.2.5.

Informantene ga også uttrykk for at de hadde overlappende kompetanse med de ansatte i ABUP. Det kom blant annet fram at de gjør mye av det samme som dem som jobber i ABUP. Et eksempel på dette er informanten som prøvde å skille mellom hennes og ABUPs oppgaver ved å si at ungdommene snakker om ”dype, heavy ting” på ABUP og ”hverdagslige ting” hos henne, men som kom fram til at man ikke alltid kan skille på denne måten. Helsesøstrenes usikkerhet i forhold til hvilke ungdommer som skal henvises til ABUP kan også tolkes som at de har overlappende kompetanse. En av informantene uttrykte at den oppfølgingen som helsesøstrene gir er like god relasjonsmessig som dem som jobber på ABUP. Slik jeg forstår det mener hun da at relasjonskompetansen er en type overlappende kompetanse mellom helsesøstrene og de ansatte i ABUP. I denne undersøkelsen kom det fram at informantenes arbeidsoppgaver ikke bare handler om kompetanse, men også om ressurser. Dette vil drøftes videre i kapittel 7.2.5. Flere av helsesøster påpekte at det gjennom samarbeid mellom dem og ABUP kunne utvikles en felleskompetanse for eksempel gjennom fellessamtaler med ungdommen eller ved at ABUP ga tilbakemelding om hva som hadde vært til hjelp for ungdommen.

På spørsmål om ABUPs kompetanse var flere av informantene opptatt av ABUPs spisskompetanse i form av erfaring og høyere og mer spesialisert utdanning. Det ble nevnt at ansatte i ABUP har mer dybdekunnskap innen enkelte felt. Slik jeg forstår det mente informantene at denne spisskompetansen er viktig for å kunne hjelpe ungdom som sliter.



I tillegg fikk jeg inntrykk av at det faglige kollektivet på ABUP betydning for hvordan helsesøstrene forstår spisskompetansen til de ansatte i ABUP. Flere av informantene var opptatt av at de ansatte i ABUP har mulighet til å diskutere med ulike fagfolk med mye erfaring og lang utdanning. De faggruppene som spesielt ble nevnt av informantene var psykolog og psykiater. Jeg fikk inntrykk av at noen av informantene tilla andre faggrupper i ABUP, for eksempel sosionomer, sykepleiere, vernepleiere og barnevernpedagoger en slags ekspertstatus fordi de har dette faglige nettverket rundt seg. Helsesøstrenes uttalelser kan tolkes som om disse faggruppene har mulighet til å treffe bedre faglig kompetente avgjørelser enn de selv er i stand til som den eneste helsesøsteren i på sin skole.

Selv om flere av informantene var opptatt av ABUPs spisskompetanse i form av dybdekunnskap, kan andre uttalelser tolkes som om helsesøstrene mener at det er en annen form for kompetanse som er vel så viktig for de ansatte i ABUP, nemlig samarbeidskompetanse. Dette samsvarer med Rådet for psykisk helse ([psykiskhelse.no](http://psykiskhelse.no)) som mener at vi trenger spesialister på sammenheng. Det vil si mennesker med spisskompetanse på å arbeide sammen med brukeren, på å spille på lag med andre og mobilisere nærmiljøet, og på å koordinere ut fra individuelle behov og ressurser. Dette er også noe av bakgrunnen for Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47, 2008-2009).

Helsesøstrene sa lite om sin egen spisskompetanse, men var opptatt av at de selv har god kjennskap til ungdommen og at de driver med forebyggende arbeid. Slik jeg forstår det mener de at det er deres spisskompetanse. Helsesøstrenes svar kan tolkes som om de er mer tilfreds med den kompetansen de har innen forebyggende og helsefremmende arbeid, enn innen psykisk helse hos barn og unge. Disse funnene samsvarer med funn fra tidligere undersøkelser (Anderson, Ose & Norvoll, 2006; Andersson & Steihaug, 2008). Resultatene er også i tråd med funn fra en nasjonal undersøkelse der man dokumenterte at svært mange helsesøstere opplever å ha behov for mer kompetanse innen psykisk helse, og som konkluderte at det er et stort behov for kompetanseheving blant helsepersonell i kommunene (Glavin & Helseth, 2005).

### **7.1.2 Forebygging versus behandling i helsepolitiske dokumenter**

Helsesøstrenes uttalelser om at terskelen for å komme til ABUP er for høy og at de avslutter saker for tidlig kan være et uttrykk for at kommunen mangler et hjelpetilbud til dem som allerede har utviklet psykiske vansker. Resultatene fra denne undersøkelsen kan gjenspeile en spenning mellom vektleggingen av helsefremmende og forebyggende arbeid, og tiltak rettet mot ungdommer med de største vanskene.

Flere av helsesøstrene ga uttrykk for at de driver med forebyggende arbeid, mens ABUP driver behandling og utredning. Helsemyndighetene har lagt stor vekt på helsefremmende og primærforebyggende virksomhet. Opptrappingsplanen for psykisk helse representerer et bredt sett av virkemidler for å styrke tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske problemer. For barn og unge har forebygging og tidlig hjelp vært spesielt fokusert. I Nasjonal helseplan (2007-2010) beskrives en sterkere satsning på forebyggende arbeid i forbindelse med videre arbeid innen Opptrappingsplanen. Også i Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Sosial – og helsedirektoratet, 2007a) beskrives det forebyggende psykiske helsearbeidet som sentralt.

Kommunale tiltak for å styrke tilbudet til barn og unge som allerede har utviklet psykiske vansker er i liten grad omtalt i helsepolitiske dokumenter. Sosial- og helsedirektoratet (2007b) har imidlertid i oversikter over nasjonale mål og prioriteringer lagt vekt på at kommunene fremover må bygge opp lavterskeltilbud som kan tilby utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske plager og lidelser. Uttalelsene fra den ene informanten kan tolkes som om de langt på vei har utviklet et slikt tilbud i hennes kommune, mens de andre informantene ga uttrykk for at oppfølging av ungdom med psykiske plager og lidelser må henvises til ABUP.

Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) vektlegger også kommunens ansvar for å gi hjelp og behandling til dem som trenger det på lavest effektive omsorgsnivå. Dette betegnes som LEON-prinsippet. Dette kan være bakgrunnen for at en informant hadde fått beskjed fra ABUP om at alt måtte prøves lokalt før de kunne henvises til ABUP. Slik jeg forsto det mente hun at LEON-prinsippet i utgangspunktet var bra, men at det fungerte dårlig i

praksis fordi det førte til at ungdommen måtte innom mange tjeneste og fortelle om problemene sine til ulike fagfolk.

Slik jeg forsto helsesøstrenes uttalelser, så mente de at ungdommer automatisk bør henvises til ABUP ved behov for utredning eller behandling. Sosial- og helsedirektoratet (2007b) presiserer imidlertid at utredning og behandling bør kunne foretas i primærhelsetjenesten forutsatt at den nødvendige kompetansen er tilstede. Dette representerer en klar dreining fra tidligere, da kommunens primære oppgave var å forebygge, mens spesialisthelsetjenesten skulle behandle. Helsesøstrenes uttalelser om at det er ABUP som skal drive med behandling og utredning kan tolkes som at de ikke er godt nok kjent med denne dreiningen.

Det er også et spørsmål om kommunene har den kompetansen som er nødvendig for å kunne drive med utredning og behandling i forhold til psykiske problemer. Slik jeg forstår informantenes uttalelser mente de at kommunene ikke har denne kompetansen. Det ble blant annet gitt uttrykk for at verken helsesøster, PP-tjenesten eller familiekontoret hadde denne kompetansen. Flere av dem ga uttrykk for at det ikke finnes noe tilbud i kommunen til ungdom som har mer alvorlige problemer. Dette utfordrer kommunene til å tenke nytt om sin egen organisering og kompetanse. Sosial- og helsedirektoratet (2007b) mener at et tiltak for å øke kompetansen er å rekruttere flere psykologer som kan inngå i det tverrfaglige arbeidet i kommunen. Det er også et ønske som kom fram i denne undersøkelsen.

## ***7.2 Et organisasjonsteoretisk perspektiv på samarbeidet mellom helsesøstre og ABUP***

Fokus for drøftingen i dette kapittelet vil være om det er noen sammenheng mellom det sosiale systemet som helsesøstre og de ansatte i ABUP arbeider i og helsesøstrenes tanker om samarbeidet. Funnene vil blant annet drøftes i lys av begrepene tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid, grad av integrering på personnivå og organisasjons nivå, lokalbasert psykisk helsearbeid og New Public Management.

### **7.2.1 Samarbeidet mellom helsesøstrene og ABUP**

Flere av informantene kom med uttalelser som kan tolkes som at ABUP viser for liten interesse for helsesøstrenes arbeid. Dette samsvarer med resultatene i Andersens (2008) undersøkelse. Når helsesøstrene uttaler at de ikke blir nok involvert i ABUPs arbeid med ungdommen og ikke får tilbakemeldinger om det som skjer mens ungdommen er i ABUP-systemet, kan det forstås som at samarbeidet med ABUP av og til fungerer som et flerfaglig samarbeid der helsesøstrene og ABUP jobber parallelt med en ungdom uten at det er noe kontakt mellom dem.

Ut fra helsesøstrenes ønske om å bidra med informasjon og ha fellessamtaler med ungdommene kan man argumentere for at de mener at samarbeidet med ABUP bør være tverrfaglig. Helsesøstrene gir også uttrykk for at de er opptatt av forebygging, å forstå ungdommene i en sammenheng og å trekke inn ungdommenes nettverk. Dette er i tråd med funn fra Andersens (2008) undersøkelse, og er blant fordeler som er nevnt ved tverrfaglig samarbeid. I følge Sosial og helsedirektoratet (2007) vil tverrfaglig samarbeid blant annet gi økte muligheter for å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt, økt fokus på helhetsperspektivet og øke den helhetlige kompetansen i tjenestetilbudet.

Samarbeidet mellom ABUP og helsesøstrene er som regel strukturert rundt ansvarsgrupper eller liknende samarbeidsmøter. I samarbeidsmøtene deltar helsesøstrene og ansatte i ABUP med sin kompetanse. Strukturene i ansvarsgruppen blir hovedsakelig ivaretatt på personnivå, det vil si i samarbeid mellom den enkelte helsesøster, en person fra ABUP, ungdommen /familien og eventuelt andre samarbeidspartnere. Dette indikerer at det er en høy grad av integrering på personnivå.

Det er varierende i hvilken grad det er avtaler om samarbeid mellom skolehelsetjenesten og ABUP på organisasjonsnivå. I mange tilfeller utløses ikke samarbeidet mellom partene før helsesøster og ABUP begge har kontakt med den samme ungdommen. Det er med andre ord ikke alltid strukturer for samarbeid på organisasjonsnivå som bidrar til og støtter opp under samarbeidsprosessen. En av informantene var opptatt av å samkjøre rutiner i forhold til møtevirksomhet i ABUP og i kommunen. Dette kan tolkes som et ønske om en større integrering av samarbeidet på organisasjonsnivå.

Når ABUP og helsesøstrene samarbeider omkring ungdom og familier vil samarbeid på personnivå ofte være i fokus for å oppnå integrering. Det betyr at det for det meste er opp til enkeltpersoner å samarbeide på vegne av ABUP og skolehelsetjenesten for å oppnå den integreringen på organisasjonsnivå som er nødvendig for at tjenestene skal bli integrert. Det innebærer også at enkeltpersoner i ABUP og skolehelsetjenesten må kompensere for mangelen på strukturer som støtter opp under samarbeidet på organisasjonsnivå. I følge Willumsen (2009) ligger det her store utfordringer og mulige konfliktområder som ofte er skjult i det tverrprofesjonelle samarbeidet.

Ut fra helsesøstrenes svar kom det fram at det er lite samordning mellom ABUP og skolehelsetjenesten i kommunene, men i tre av kommunene i denne undersøkelsen hadde ABUP avtaler om faste samarbeidsmøter der helsesøster også var invitert til å delta. I disse kommunene kan man si at det var større samsvar mellom integreringen på personnivå og integreringen på organisasjonsnivå. Den ene av disse helsesøstrene uttrykte at hun var fornøyd med disse samarbeidsmøtene fordi de der kunne diskutere hvor saken hørte hjemme. Dette står i motsetning til funn fra undersøkelsen til Andersson og Steihaug (2008) som viste at det var *økt* risiko for udekket behov når helsesøstertjenesten hadde etablert et formalisert samarbeid med BUP. En annen av helsesøstrene virket mindre fornøyd med disse møtene og uttalte at hun ønsket mer samarbeid i forhold til enkeltungdom utenom disse faste møtene. Slik jeg forsto det handlet dette blant annet om at hun hadde behov for å drøfte konkrete situasjoner i det de oppstår.

### **7.2.2 Et samarbeid preget av politiske helsereformer og lovverk - lokalbasert psykisk helsearbeid versus New Public Management**

Helsesøstrene gir uttrykk for at de ønsker at ABUP er skal være fleksible ved å treffe ungdom som ikke er henvist enda, ha samtaler med ungdommene i kommunen og å være til stede på skolene. Dette kan være vanskelig å gjennomføre fordi lov om helseforetak er preget av markedsliberalistiske idealer. De grunnleggende ideene og prinsippene ble hentet fra *New Public Management*. Loven fokuserer på antall konsultasjoner, mulig inntjenning, gjennomstrømming av pasienter, reduksjon av ventelister, budsjettkontroll og innsparinger (Karlsson, 2008).

Karlsson (2008) peker på opptrappingsplanens målsetninger om å se mennesket i kontekst, og gi hjelp på ulike arenaer over lenger tid. Han konkluderer med at de politiske helsereformene og New Public Management gjør det vanskelig å realisere intensjonene blant annet i Opptrappingsplanen.

Lov om helseforetak krever at ABUP leverer en produksjon av samtaler, diagnoser, og epikriser. For eksempel måles tjenestene i ABUP gjennom antall refusjonsberettigede tiltak per behandler per dag. Flere av helsesøstrene ønsket å ha noen fra ABUP med i samtaler med ungdommen som ikke er henvist eller å få veiledning i forhold til disse ungdommene. Dette er i tråd med lokalbasert psykisk helsearbeid fordi ungdommene da får hjelp i sitt eget miljø.

Det at ABUP har lagt ned sengeposten i Kristiansand og isteden opprettet flere ambulante team, kan tyde på at avdelingen i utgangspunktet ønsker å drive lokalbasert psykisk helsearbeid. De to helsesøstrene som hadde erfaring med ambulant team uttrykte at de var veldig fornøyd med dette tilbudet og at de ønsket at flere ungdommer burde få oppfølging på denne måten. Dette samsvarer med funn fra blant annet Hultberg og Karlsson (2007) som fant at samarbeidspartnerne til Follo DPS opplevde større grad av tilgjengelighet og samarbeid etter at de opprettet et ambulant akutteam. NMP-tankegangen gjør at det er mindre lønnsomt å treffe ungdommen og familien i sitt naturlige miljø fordi reisetiden har liten betydning i forhold til inntjeningen. Det viktigste er hvor mange refusjonsberettigede tiltak hver behandler har per dag. Disse effektivitetskravene kan derfor føre til at ABUP fokuserer på avgrensning av kjerneoppgaver, budsjett disiplin og oppgavefordeling framfor samarbeid, helhetstenkning og nettverksarbeid.

En markedsøkonomisk styrt tankegang kan føre til at vi deler opp ungdommenes liv i fragmenterte tilbud og blir opptatt av våre ulike ansvar. Når noen av informantene uttrykker helsesøstrene skal drive forebyggende arbeid, mens ABUP skal behandle, kan det være uttrykk for en slik tankegang. Hvis ABUP blir en spesialisthelsetjeneste som bare skal drive med utredning og behandling, kan det føre til at vi ikke forholder oss til konteksten som skaper, opprettholder og øker psykiske vansker. Slik jeg forstår det er dette ikke i tråd med helsesøstrenes ønsker for samarbeidet med ABUP

### **7.2.3 Organisering og ressurser i kommunene relatert til behov for tjenester fra ABUP**

Gjennom denne studien kom det fram at de ulike kommunene har organisert tjenestene for barn og unge på ulike måter. Opptrappingsplanen fastslår at tilbudet av tjenester innen psykisk helsearbeid skal forankres i den eksisterende tjenestestrukturen i den enkelte kommune. Dette innebærer at det kan være store variasjoner mellom kommunene med hensyn til måten tjenestetilbudene organiseres på (Norges forskningsråd 2009). Ut fra helsesøstrenes uttalelser fikk jeg inntrykk av at organiseringen i kommunen har betydning for samarbeidet med ABUP og i hvilken grad helsesøstrene har behov for å henvise ungdommer til ABUP. Det kom blant annet fram at de ville henvist færre ungdommer dersom andre kommunale instanser hadde tatt mer ansvar i forhold til arbeid med ungdommenes psykiske helse. Dette samsvarer med Myrvold og Helgesen (2009) som fant at kommunens organisering av tjenestene for barn og unge, har betydning for samhandlingsrutiner og følgelig også for tjenestenes kvalitet.

En av informantene ga uttrykk for at terskelen for å komme inn til ABUP har blitt for høy, mens en annen mente at ABUP burde være lenger inne i de sakene de jobber med. Det ser altså ut til å være et gap mellom det disse helsesøstrene mener er relevant og riktig hjelp og muligheten til å få hjelp fra ABUP. Dette kan tolkes som de mener at det er et udekket behov for tiltak fra ABUP. Disse synspunktene samsvarer med resultatene fra undersøkelsen til Andersson og Steihaug (2008). De andre informantene uttrykte derimot at ABUP tok i mot de ungdommene som de burde ta imot.

I den kommunen der de hadde et nært samarbeid i forhold til barn og unges psykiske helse og en psykisk helsetjeneste som også tok ansvar i saker som gjaldt ungdom, fikk jeg inntrykk av at helsesøster ikke opplevde et udekket behov for tiltak fra ABUP. Slik jeg forsto det opplevde helsesøster i denne kommunen ikke at det var mangel på tiltak for å hjelpe barn og unge. Dette var en forholdsvis liten kommune. Trolig er det større nærhet mellom tjenesteutøverne i små kommuner enn i større kommuner. Det kan bidra til at samarbeidet om barn og unge med psykiske problemer blir lettere å håndtere. Dette samsvarer med undersøkelsen til Andersson og Steihaug (2008) som viste at risikoen for vurdert udekket behov for tiltak for barn og unge var lavere i små kommuner enn i store kommuner.

I undersøkelsen til Andersson og Steihaug (2008) kom det også fram at barn og unge hadde en *reduert* risiko for vurdert udekket behov for tiltak når helsesøstertjenesten var samorganisert med andre tjenester. Slik jeg forsto det var ikke helsesøstertjenesten samorganisert med de andre tjenestene i den kommunen som hadde minst behov for ABUPs tjenester, men tjenestene var samlokalisert. Helsesøster i denne kommunen ga uttrykk for at hun alltid hadde alltid noen hun kunne diskutere med og at hun sjelden hadde behov for å henvise ungdom til ABUP. Dette resultatet kan gjenspeile at man oppnår en større nærhet mellom tjenesteutøverne når tjenestene er samlokalisert. Slik jeg forsto det hadde denne kommunen flere møteplasser for tverrfaglig samarbeid og lav terskel for å ta kontakt med andre fagfolk innen kommunen. Dette kan i sin tur bidra til større grad av kompetanseutveksling, bedre ansvarsfordeling, og iverksetting av adekvate tiltak for ungdommene. Helsesøsters beskrivelse av det samarbeidet i denne kommunen kan tolkes som hun mener at de har et godt fagmiljø, selv om det er en liten kommune. Dette står i motsetning til resultatene i Myrvold og Helgesens (2009) rapport.

Det fram at informantenes behov for å henvise til ABUP også handler om ressurser. Flere av informantene ga uttrykk for at de ikke kunne ta ansvar for en ungdom som krevde oppfølging mer enn en gang i uka. De kom også med eksempler på at andre kommunale etater ikke hadde nok kapasitet til å ta imot ungdommer som trengte mer oppfølging. Dette kan tyde på at skolehelsetjenesten og resten av kommunen ikke har de rammene som er nødvendig oppfølging av ungdom som strever psykisk. Ut fra LEON-prinsippet blir det feil at helsesøstrene og andre kommunale etater skal ha mindre mulighet til å følge opp en ungdom enn det ABUP har. Med bakgrunn i helsesøstrenes uttalelser om manglende ressurser og kapasitet i kommunene, vil det være viktig at kommunene får de ressursene som trengs for å kunne gjøre den jobben som er forventet av dem. Dette var også et poeng i opptrappingsplanen for psykisk helse og i samhandlingsreformen, men det viser seg at det går veldig sakte.

#### **7.2.4 En bredere førstelinjetjeneste**

En av informantene mente at de kunne gjort veldig mye i kommunen hvis de hadde hatt mer kompetanse. Hun foreslo at de kunne hatt noen liknende team i kommunen som de



har i ABUP. Dette er i tråd med de forslagene som er presentert i en rapport fra Rådet for psykisk helse (2008). Der foreslås det å flytte en del oppgaver fra statlig psykisk helsevern til kommunene. På den måten mener de at mange brukere vil kunne oppleve et mer sammenhengende tjenestesystem fordi man i langt flere situasjoner enn i dag slipper en byråkratisk organisatorisk overgang mellom de to tjenestenivåene.

Flere av informantene var opptatt av nærhet til brukerne og at ABUP bør møte ungdommene på deres arena. Helsesøstrenes uttrykte at ABUPs tjenester bør tilbys nærme ungdommenes hverdagsliv og noen ønsket at tjenestene kunne være mer tilgjengelige. Rådet for psykisk helse (2008) har foreslått en samordning av DPSer og psykisk helsearbeid i kommunen. Ut fra helsesøstrenes ønsker om større nærhet til ungdommene, kunne det vært aktuelt å gjøre noe av det samme innenfor tjenester for barn og unge. Det er mulig at mange av de tjenestene som ABUP i dag utfører kunne vært utført i kommunen. Hvis tjenestene hadde blitt organisert tjenestene på en annen måte, kunne man ha flyttet en del av spesialistene og kompetansen fra ABUP ut av sykehuset og kontorene og ut i kommunene hvor ungdommene lever og bor. Det kom ikke fram noe spesifikt ønske fra helsesøstrene om at kommunen skulle overta noen av ABUPs oppgaver. Likevel vil jeg argumentere for at en bredere førstelinjetjeneste kunne gi en mulighet til å unngå noen av de negative erfaringene helsesøstrene nevner og til å realisere noen av helsesøstrenes ønsker for oppfølging av ungdom.

Det er flere fordeler ved å ha en bredere førstelinjetjeneste. En av helsesøstrene påpekte at ungdommens problemer ofte blir verre i den tiden de venter på å komme inn til ABUP. Ved å flytte noe av ABUPs virksomhet ut i kommunene ville det vært lettere å holde fokus på det forebyggende perspektivet som helsesøstrene er så opptatt av. Helsesøstrene var også opptatt av å forstå ungdommenes problemer ut fra den sammenhengen de oppstår i. Det ville blitt lettere hvis mer av ABUPs virksomhet ble flyttet ut i kommunene. Det kunne også blitt lettere å tilpasse hjelpen til den enkelte ungdommen.

Selv om det er mange gode argumenter for å flytte noen av spesialisthelsetjenestens oppgaver til kommunene, kan det også virke negativt i forhold til brukernes forventninger. Slik det er i dag stilles det ofte større forventninger til spesialisthelsetjenesten enn til primærhelsetjenesten. Det kan innebære at noen

ungdommer og familier ikke føler at de får profesjonell hjelp før de har blitt henvist videre til ABUP. Et forslag fra en ansatt i ABUP kan oppleves som mer nyttig enn om det samme forslaget hadde kommet fra en psykisk helsearbeider i kommunen. Denne tankegangen kan også gjelde fagfolkene. Den ene informanten gir uttrykk for dette når hun sier at det betyr mer for lærerne å høre noe fra en psykolog i ABUP enn å høre det fra henne som helsesøster.

Det kom ikke fram noe eksplisitt ønske om en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Slik jeg forsto det handlet dette først og fremst om manglende ressurser i kommunen. Det kan imidlertid også være andre grunner til å ikke håndtere alle situasjoner lokalt. Johnsen og Skjerve (2009) argumenter for at noen psykiske vansker, situasjoner eller hjelpemetoder bør være sentralisert. De mener at andrelinjetjenesten skal gi spesialisert utredning, hjelp til mennesker i akutte situasjoner der de er til fare for seg selv eller andre, og hjelp til mennesker med sjeldne eller særlig kompliserte lidelser. I tilfeller der tvungen behandling er nødvendig, kan det være en fordel at behandlingen skjer i institusjon innen spesialisthelsetjenesten.

Flere av informantene mente at den spesialkompetansen som ligger i ABUP-systemet er viktig for at som jobber der kan gjøre en annen jobb enn de kunne gjort hvis de hadde jobbet i kommunen. Flere helsesøstre uttrykte at de som jobber i ABUP har en fordel fordi de har et nettverk rundt seg og at de har lettere tilgang til veiledning enn de har i kommunen. Hvis man hadde flyttet ressurser fra ABUP til kommunene, ville ABUPs kompetanse bli spredt ut i ulike kommuner. Da ville fagmiljøet i hver kommune blitt mindre enn det fagmiljøet som i dag eksisterer i ABUP.

I forbindelse med uklare og uavklarte tilstander som krever en spesialvurdering av lidelsen kan det være en fordel å ha spesialiserte og sentraliserte tjenester. Noen tilstander eller hjelpemetoder er veldig sjeldne eller lite kjent. I slike tilfeller er det vanskelig for helsetjenesten i kommunene å ha kompetanse til god nok behandling i ungdommens lokalmiljø. Da kan det være behov for å samle behandlingstilbudet i sentraliserte tjenester som har kunnskap og erfaring. Dette kan gjelde i situasjoner med spesielle former for sammensatte problemer (Johnsen & Skjerve, 2009). En av informantene nevnte blant annet spiseforstyrrelser blant idrettsungdommer, relasjonsskader og suicidale. Det kan også være en fordel at ABUP og andre

sentraliserte tjenester har ansvar for kunnskapsutviklingen før kunnskapen spres til primærhelsetjenesten.

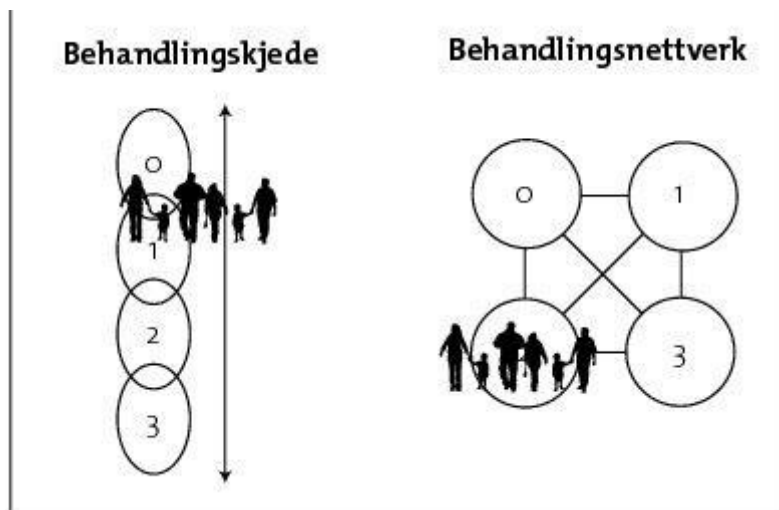
Den helsesøsteren som brukte ABUPs tjenester minst, uttrykte at hun ville ta kontakt med ABUP hvis flere i kommunen hadde sett på en sak og de sto fast i forhold til hva de skulle gjøre. I fastlåste situasjoner eller situasjoner der lokalbasert behandling ikke har ført fram, kan det altså også være at ungdommen, familien eller primærhelsetjenesten har behov for å ta kontakt med personer i spesialisthelsetjenesten som kan se på situasjonen på nytt og med andre øyne (Johnsen & Skjerve, 2009). Det kan imidlertid se ut som at helsesøstrene har ulik forståelse av hva som er en fastlåst situasjon. Den helsesøsteren som mente at enkelte ungdommer burde henvises direkte til ABUP, vil sannsynligvis i noen tilfeller mene at situasjonen er fastlåst når de ikke klarer å løse situasjonen på skolen. Slik jeg forstår det handlet det om at hun de andre kommunale instansene ikke hadde kompetanse til å takle disse ungdommene.

### ***7.3 Mulige samarbeidsmodeller for helsesøstrene og ABUP - behandlingskjede versus behandlingsnettverk***

Gjennom helsesøstrenes svar kom det fram en del ulemper ved den måten tjenestene for barn og unge er organisert på i dag. Derfor kan det være bra å ha fokus på hva slags samarbeidsmodell som er mest hensiktsmessig for at ABUP, helsesøstrene og andre samarbeidspartnere skal kunne gi et best mulig tilbud til ungdom. Problemer i samarbeidet som kom fram i min undersøkelse samsvarer i stor grad med det som Hald og Hoven (2009) nevner som problematiske sider ved kjedetenkning. I dette kapittelet vil helsesøstrenes uttalelser derfor drøftes med utgangspunkt i disse og settes opp mot det som Hald og Hoven mener er fordelene ved å organisere tjenestene i et behandlingsnettverk.

Informantene var blant annet opptatt av tilgjengelighet, kontinuitet, samarbeid og helhet. Dette er i følge opptrappingsplanen sentrale mål for utformingen av psykiske helsetjenester. Ut fra helsesøstrenes svar vil jeg argumentere for at målene om tilgjengelighet, kontinuitet, samarbeid og helhet vil være vanskelige å nå hvis tjenestene er organisert i en behandlingskjede. Helsesøstrenes uttalelser kan tolkes som at opplever

samarbeidet ABUP som bedre når tjenestene er mer organisert som behandlingsnettverk enn som en behandlingsskjede.



### 7.3.1 Avgrensbare tilstander versus overlappende tilbud

Flere informanter uttrykte at det kan være vanskelig å vite hvor en sak egentlig hører hjemme. Helsesøstre mente at ungdommene må henvises til ABUP når de har mer alvorlige problemer, men de ga ikke noe entydig svar på hva som kjennetegner ungdom som må henvises videre. Nytingnes og Skjerve (2005) peker på at tjenester for personer med psykiske lidelser er organisert ut fra sykdomsfase og symptom intensitet.

Behandlingskjeden forutsetter at en kan identifisere forhold ved ungdommen som kan si noe om hvilket behandlingsnivå som er det rette (Hald & Hoven, 2009).

I psykisk helsearbeid er det veldig vanskelig å gi beskrivelser av en tilstand som på en tydelig måte forteller «hvor i behandlingsskjeden problemet hører hjemme». En av helsesøstre beskrev en slags behandlingsskjede der ungdommene begynte hos henne og deretter ble henvist til familiesenter, PPT og til slutt ABUP. Dette opplevde hun som veldig frustrerende både for dem som jobber i kommunen og for ungdommene og deres familier. Flere av helsesøstre brukte eksempel på diagnoser da de ble spurt om hva de tenker at de ikke har kompetanse til å jobbe med. Diagnoser representerer en vanlig måte å beskrive tilstander på, men de sier lite om hva som er rett nivå og hva som er rett behandlingstilbud til en ungdom (Hald & Hoven, 2009).

Flere av informantene mente at samarbeidsmøter og fellessamtaler er viktig for å hjelpe ungdommene best mulig. Alle uttrykte også et ønske om å bidra i forhold til ungdom som de hadde henvist til ABUP. En av informantene uttrykte gode erfaringer med ABUP stort sett handler om saker der det har vært samarbeid mellom flere etater og der ABUP har deltatt på samarbeidsmøter. Disse uttalelsene kan tolkes som et ønske om å jobbe ut fra en samarbeidsmodell med fokus på nettverk. Behandlingsnettverk inneholder ingen idé om at personer som sliter med psykiske problemer hører hjemme på et bestemt sted i behandlingsapparatet. Det er derimot viktig at de personene og instansene som på ulike måter er engasjert i forhold til ungdommen får anledning til å delta (Hald & Hoven, 2009).

### **7.3.2 Uklare ansvarsforhold vs samtidig ansvar**

Flere av helsesøstrenes opplevde å sitte alene med ungdommer som de ikke følte seg kompetent til å ta ansvar for. Noen hadde opplevd at ABUP ikke tok imot ungdom som de ønsket å henvise, mens andre opplevde at ABUP avsluttet saker for tidlig. Jeg fikk inntrykk av at disse helsesøstrene opplevde at de ble sittende igjen med ansvaret for ungdommer som de mente at ABUP egentlig burde hatt ansvar for. I følge Hald og Hoven (2009) vil fagfolk i en behandlingkjede lett kunne få opplevelsen av at de arbeider med feil brukere, brukere som «egentlig» hører hjemme på et annet nivå i behandlingkjeden. Resultatene fra denne undersøkelsen kan gjenspeile ”gråsoneproblematikk”, der man er usikker på de ulike instansenes ansvar og rolle når det gjelder iverksetting av tiltak. Resultatene kan også være et uttrykk for at de kommunale instansene i dag har ansvar for en gruppe barn og unge der adekvate tiltak krever en annen kompetanse enn det de kan tilby.

En informant fortalte at tiden der ABUP kommer på familiesenteret i kommunen ofte brukt til slags diskusjon eller ”forhandling” om hvor den enkelte ungdom hører hjemme. I en behandlingkjede er det i følge Hald og Hoven (2009) en tendens til at fagfolk bruker tiden sammen med andre fagfolk, i andre deler av kjeden, for å avklare hvem som skal ha ansvaret, istedenfor å bruke tiden til å utvikle det aktuelle behandlingstilbudet. Når denne informanten sa at hun kanskje heller burde brukt tiden sammen med ABUP til å ha fellessamtaler med ungdommen, kan det være et uttrykk for

at hun heller ønsket å bruke tiden til å utvikle et godt tilbud til ungdommen enn å diskutere hvem som skal ha ansvar for ungdommen.

I et behandlingsnettverk har de ulike delene et samtidig ansvar for å utvikle forståelsen av-, og tilbudet i, den enkelte sak (Hald & Hoven, 2009). Den ene helsesøsteren uttrykte seg positivt om et tidligere prosjektsamarbeid med ABUP der nettopp dette var noe av poenget. Hun visste da at ABUP kunne stille opp i forhold til en ungdom hun jobbet med, uten at de først måtte vurdere om dette var en ungdom som ”hørte hjemme” hos ABUP. Flere av helsesøstrene uttrykte at de ønsket at ABUP bidro direkte i arbeidet med ungdommene, for eksempel ved å være med i samtaler. I et behandlingsnettverk vil arbeid med ungdommers psykiske helse være et fellesansvar for ABUP, helsesøster, familien og eventuelle andre samarbeidspartnere. Hvis man tenker på ungdommen som en del av et nettverk, blir det lettere å fastholde et samtidig ansvar. Når ulike deler av behandlingsnettverket ansvarliggjøres i forhold til utvikling av et behandlingsopplegg uavhengig av hvor ungdommen oppholder seg, blir det nødvendig å snakke med andre involverte for å kunne utføre sin oppgave best mulig (Hald & Hoven, 2009).

### **7.3.3 Hierarkisk kompetanse versus demokratisk kompetanse og lokal kunnskap**

Implisitt i kjedetekningen, er det en idé om at det er mer kunnskap og kompetanse jo høyere opp i behandlingsskjeden en kommer (Hald & Hoven, 2009). I følge Helsetilsynet (2007) ligger status og makt i spesialisthelsetjenesten. Det er en utbredt oppfatning i spesialisthelsetjenesten at det er der den beste kompetansen finnes, og at de derfor har lite å lære av kommunene. Ut fra helsesøstrenes opplevelse av å ikke bli tatt med i samarbeidet rundt ungdommene, kan det se ut til at denne oppfatningen også er tilstede blant noen av dem som jobber i ABUP. Informantenes uttalelser kan tyde på at slike holdninger kan gjøre det vanskelig å få til et godt samarbeid mellom ABUP og helsesøstrene. Samtidig gir helsesøstrene også selv uttrykk for at ABUP har en mer høyverdig kompetanse når de snakker om hvorfor de henviser ungdommene til ABUP. De fleste uttrykker at de henviser ungdommene videre til ABUP når deres egen kompetanse ikke strekker til, og de peker på at de som jobber i ABUP er spesialister innen ulike områder. Det ser altså ut til at helsesøstrene tenker at de som jobber i ABUP

har mer ekspertise og kunnskap enn dem selv, for eksempel i forhold til å drive terapi og behandling. Dette samsvarer med Schönfelders (2008) funn.

Jeg vil argumentere for at helsesøstrene i praksis driver med terapi og at de står for en stor del av behandlingstilbudet for ungdom. Helsesøstrenes tillit til effektive, ”bedre” behandlingsmåter som ansatte i ABUP tilsynelatende rår over, har lite å gjøre med empirisk dokumenterte erfaringer. Wampold (2001) fant for eksempel at bare 8% effekten i terapien skyldes behandlingsmodellen. Hans funn samsvarer på vesentlige områder med funn fra forskning på terapi med barn og unge (Kazdin, 2004). Denne troen på ABUPs gode behandlingsmåter kan tolkes som en måte å skape trygghet på i et usikkert arbeidsmiljø, der helsesøstrene ofte føler seg alene med ansvaret for ungdommene. Dette kan føre til at de blir mer avhengige av å kunne ”se opp” til de ansatte i ABUP, enn omvendt at de ansatte i ABUP er avhengige av å kunne se opp til helsesøstrene.

I følge Hald og Hoven (2009) gir en hierarkisk kunnskapsforståelse gir små muligheter for kunnskapsutvikling. I beste fall kan en tenke seg en kunnskapsoverføring fra det mer kompetente nivået til det mindre kompetente nivået. Når informantene etterspør mer veiledning og råd fra ABUP kan det gjenspeile at de har en holdning om at kunnskap er hierarkisk ordnet og at de ønsker denne typen kunnskapsoverføring. Informantene var imidlertid også opptatt av å bli involvert i ABUPs arbeid med ungdommene og ga uttrykk for at de ønsker at de ansatte i ABUP skal etterspørre deres kunnskaper om ungdommen. Dette er mer i tråd med nettverkstenkningen som innebærer at alles synspunkter er viktige og man forsøker å avklare sammen hva er mest fornuftig i den enkelte situasjon. I et behandlingsnettverk jobbes det altså ut fra den tverrfaglige samarbeidsmodellen der man anerkjenner ulike kompetanser som likeverdige. Det viktig at alle får anledning til å si det de ønsker å si og at de blir hørt av de andre. Det er ikke et mål at alle skal bli enige, men derimot at den enkelte kan danne seg sin egen mening gjennom å utveksle erfaringer i nettverket. I konkrete nettverksmøter erfares med andre ord kompetanse som ulik og mer eller mindre hensiktsmessig i den aktuelle situasjon, og ikke som hierarkisk ordnet (Hald & Hoven, 2009).

Skolehelsetjenesten har en unik mulighet til å forebygge og fange opp psykiske plager. I følge Stortingsmelding 16 (2002/2003) når disse tjenestene ut til de fleste, virker lite

stigmatiserende, og det er mulig å kombinere et primærforebyggende perspektiv med spesielt fokus på utsatte grupper. Flere av helsesøstrene uttrykker at de må henvise til ABUP fordi de ikke har tid til å følge opp ungdommer som krever mye oppfølging. Det kom fram at det er vanskelig for helsesøstrene å følge opp en ungdom mer enn en gang i uka over lengre tid.

Gjennom en nettverksbasert arbeidsmåte kan man bli mer opptatt av at helsesøstrene og de ansatte i ABUP sammen utvikler en slags felleskompetanse i forhold til akkurat den ungdommen som samarbeidet dreier seg om. Over tid kan det utvikles et felles verdigrunnlag og en felles forståelse som får betydning for det videre samarbeidet. Man kan for eksempel komme fram til en forståelse for hva det innebærer å drive terapi og behandling som gjør at også helsesøstrene vil kunne si at det er det de gjør.

Helsesøstrene er opptatt av at de selv ofte kjenner ungdommen bedre enn dem som jobber i ABUP og at den kjennskapen de har til ungdommens liv og ressurser bør være nyttig for dem som jobber i ABUP. I møter hvor man klarer å forholde seg til ulike former for kompetanse er det også mulig å utvikle ny kunnskap i den enkelte sak. Det er den lokale kunnskapen som utvikles i det enkelte møtet som er utgangspunktet for hvordan en kommer videre (Hald & Hoven, 2009).

#### **7.3.4 Manglende kontinuitet versus kontinuitet understøttes**

De ulike leddene i behandlingkjeden fremstår ofte som lite sammenhengende. Brukere som trenger tjenester fra ulike nivåer ville lett kunne erfare tilbudet som en form for organisert diskontinuitet (Rådet for psykisk helse, 2004). Når en ungdom har kontakt med helsesøster og deretter blir henvist til ABUP kan det i en kjedetenkning føre til at kontakten med helsesøster blir midlertidig brutt. Ut fra helsesøstrenes svar kan det se ut til at de selv ikke ønsker at det skal skje. En av dem uttrykte at hun er redd for en utvikling der ungdommen blir sendt til ABUP og kommer tilbake til kommunen uten at det er noe samarbeid i mellom. Noen av helsesøstrene er også opptatt av at ungdommene stadig møter nye personer som de må forholde seg til. Dette kan tolkes som at de mener det er uheldig at ungdommen må forholde seg til nye hjelpere i en situasjon hvor de har det spesielt vanskelig.



En nettverksorientert organisering gir i større grad muligheten for at de hjelperne som er involvert kan følge ungdommen opp på en konkret måte og være involvert i tilbudet uavhengig av hvor i systemet ungdommen befinner seg (Hald & Hoven, 2009). Dersom man har nettverksmøter der ABUP, helsesøster, andre profesjonelle, ungdommen og familien møtes, kan man avklare hvilken rolle de ulike involverte skal ha på forskjellige tidspunkter. På denne måten trenger ikke helsesøster å trekke seg ut i løpet av prosessen, men kan heller følge ungdommen på veien gjennom hjelpeapparatet.

Med utgangspunkt i helsesøstrenes uttalelser kan det altså argumenteres for å organisere tjenestene i et behandlingsnettverk framfor en behandlingsskjede. I det empiriske materialet kom det i liten grad fram argumenter mot nettverkstenkningen, men i det neste underkapittelet pekes det på noen mulige ulemper med behandlingsnettverk.

### **7.3.5 Bør alt løses i nettverk?**

Et viktig argument mot nettverkstenkningen som ble nevnt av helsesøstrene er at noen ungdommer ikke ønsker å involvere nettverket sitt. Flere av informantene var opptatt av at man må ha samtykke fra ungdommene for å kunne samarbeide. Dette kan tolkes som at de mener at ungdommene selv bør velge hvem de ønsker å involvere og hva de ønsker at andre skal få informasjon om. Kravet om samtykke er også lovpålagt. Ut fra dette kan det argumenteres for at nettverksmøter ikke er en god "behandlingsmetode" hvis ikke ungdommen selv ønsker denne typen oppfølging.

Selv om man legger til rette for behandlingsnettverk er det også et poeng at man ikke bare legger opp til å ha nettverksmøter. Det kom blant annet fram at helsesøstrene mente at ungdommer ikke alltid ønsker å snakke om alt med alle i nettverket. Med bakgrunn i dette er det hensiktsmessig å ha individuelle samtaler med ungdommen i tillegg til nettverksmøter dersom ungdommen selv ønsker dette. Det gir mulighet til å ta opp ting som ungdommen synes det er vanskelig å snakke om med andre tilstede.

Informantene påpekte at samarbeidsmøter kan være tidkrevende dersom de må reise til ABUPs lokaler. Det også være tidkrevende for de ansatte i ABUP å reise ut i kommunene for å delta på møter. Hvis man jobber ut fra et nettverksperspektiv må man også ha tid til å høre ordentlig på forståelsen til alle deltakerne i samarbeidet. Ut fra

dette kan det argumenteres for den nettverksbaserte måten å jobbe på kan være mer kostbar enn den tradisjonelle behandlingskjeden. Dette kan stå i motsetning til økonomiske hensyn og krav om effektivitet og inntjening (jfr. New Public Management).

Informantene påpekte at de ansatte i ABUP har mer ressurser og kunnskap enn dem selv. Et argument mot nettverkstenkningen er at den kan fordekke forskjeller i makt over ressurser og kunnskap. Selv om både ungdommen, familien og andre samarbeidspartnere er til stede i nettverksmøter sammen med ABUP, så vil relasjonen mellom deltakerne aldri bli helt likeverdig. Det er store ulikheter i makt og tilgang på ekspertkunnskap. ABUP og andre offentlige hjelpere har for eksempel makt til å forvalte samfunnets ressurser på den måten de mener er faglig forsvarlig. I noen tilfeller har noen deltakere også en kontrollfunksjon. Dette gjelder spesielt hvis barnevernet er involvert..

Wampolds (2001) og Kazdins (2004) funn som er referert i kapittel 7.3.3. kan tyde på at det ikke har noen betydning om man jobber nettverksbasert eller ikke, så lenge de kontekstuelle faktorene mellom terapeuten og klienten er tilstede. En individuell tilnærming kan altså fungere like bra hvis den er i tråd med terapeutens og ungdommens virkelighetsforståelse. Hvis man velger en nettverksbasert tilnærming er det ut fra Wampolds funn viktig at ungdommen og terapeuten har tro på denne måten å jobbe på.

## **8 VURDERING AV FEILKILDER OG SVAKHETER VED STUDIEN**

I dette kapittelet drøftes min rolle som forsker i denne studien, spesielt hvilken betydning det har at jeg er ansatt i ABUP. Under overskriften ”min forforståelse” beskrives først forhold som har vært med å prege min forforståelse. Deretter presenteres min forforståelse i forhold til temaet for denne studien. Til slutt i kapittelet diskuteres studiens reliabilitet og validitet.

### **8.1 Min rolle som forsker**

Det at forskeren er til stede kan i noen tilfeller føre til en eller annen form for strategisk opptreden fra informantene. Virkningene av min tilstedeværelse kan ha slått inn i forskningsresultatene. Repstad (2007) definerer forskningseffekt som alle virkningene på aktørene og deres samspill av at de er under utforskning og vet om det.

Det er både fordeler og ulemper ved å forske på sitt eget arbeidssted slik jeg har gjort i denne studien. Under intervjurunden prøvde jeg å være bevisst på de ulike rollene jeg hadde. Først og fremst betraktet jeg meg selv som en masterstudent som skulle intervju informantene om samarbeid med ABUP. Jeg refererte derfor stort sett til ABUP som ”de” eller ”dem”. Det er imidlertid ikke til å unngå at informantene kan ha oppfattet min rolle under intervjuet som en ansatt i ABUP. Noen av dem refererte da også til ABUP som ”dere”. Et viktig spørsmål i denne studien er om og eventuelt hvordan informantenes svar ble påvirket av at jeg jobber i ABUP. Informantene kan kanskje ha vært redde for å si for mye negativt om samarbeidet med ABUP fordi de visste at jeg kunne være en fremtidig samarbeidspartner. På den andre siden kan informantene ha tenkt at de måtte benytte sjansen til å få fram alt som er negativt fordi de tenkte at jeg har større muligheter til å påvirke ABUPs samarbeidsrutiner enn andre masterstudenter ville hatt. Jeg opplevde at helsesøstrene stort sett kom med balanserte uttalelser om samarbeidet og at de fokuserte både på positive og negative erfaringer.

Jeg kan også mistenkes for å ønske å framstille ABUPs arbeid i et positivt lys, og dermed glorifisere vårt samarbeid med helsesøstrene i skolehelsetjenesten. Et mål med studien var å høre hvilke erfaringer informantene hadde med ABUP. Jeg prøvde da å få fram både positive og negative erfaringer. Med utgangspunkt i spørsmålet om hva slags

ønsker og forventninger informantene hadde til samarbeidet med ABUP, fokuserte jeg på å få fram forslag til hvordan samarbeidet kan bedres. Det tror jeg at helsesøstrene merket. De kom i alle fall med flere slike forslag. Noen av informantene uttalte også at mitt valg av tema viste at jeg var interessert i å bedre samarbeidet mellom ABUP og helsesøstrene.

Andre ulemper ved å forske på sitt eget arbeidssted kan være at det er vanskelig å oppnå den "ikke-viten" som analytisk distanse forutsetter og at min forforståelse kan gjøre meg "blind". Med det mener jeg at det er en fare for å få de svarene jeg forventet å få. Dette vil drøftes videre i neste avsnitt.

## **8.2 Min forforståelse**

Denne studien har et fenomenologisk utgangspunkt der ønsket har vært å ha en beskrivende holdning. Likevel har jeg ikke gått inn i studien med blanke ark. Kvalitative metoder hører også hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, som handler om tolkning av meninger (Malterud 2003). Gadamer (ref. i Leer-Salvesen, 2009) understreker at fordommer og forforståelse er nødvendig i en hermeneutisk prosess. Han mener at vi aldri møter en ny situasjon forutsetninger.

Min utdanning, mine teoretiske preferanser, mitt menneskesyn og min livserfaring vil på ulike måter være med å prege de spørsmålene jeg stiller, hva jeg ser etter og hva jeg eventuelt er blind for. Som forsker vil man også være preget av de fagmiljøene man er en del av. Jeg en del av fagmiljøet ved Institutt for psykososial helse, Fakultet for helse- og idrettsfag ved Universitetet i Agder og ABUP ved Sørlandet Sykehus. Den faglige profilen i disse miljøene vil være en ramme for mitt arbeid som er med å påvirke studien. Dette vil kunne gjøre at noen måter å se og forstå på blir mer nærliggende, men andre måter å se og forstå på kanskje glipper. Slike forhold vil kunne spille inn i hele forskningsprosessen, i formulering av problemstilling, i valg av metode, i analysearbeidet og utforming av hovedfunn og i diskusjonsdelen.

Mitt utgangspunkt før denne studien var at helsesøstre i skolehelsetjenesten har verdifulle kunnskaper og erfaringer som det er viktig å få fram for å utvikle samarbeidet mellom helsesøstrene og ABUP. Jeg hadde en formening om at noen helsesøstre ikke

syntes deres kjennskap til ungdommen blir etterspurt nok av ABUP og at de ønsket å bidra mer i ABUPs arbeid med ungdommen. Min oppfatning var at noen helsesøstre ønsket å overlate mye av arbeidet rundt ungdommen til ABUP blant annet på grunn av tidspress og manglende tro på egen kompetanse. Før studien hadde jeg en også en forestilling om at en ambulant tilnærming kunne virke positivt på helsesøstrenes opplevelse av samarbeidet. Jeg tenkte at tanker om egen kompetanse og tanker om hva som skal til for at de trenger et samarbeid med ABUP i, kan være avhenging av hvor lang erfaring de har i jobben sin og hvor stor stilling de har. Jeg hadde en hypotese om at en del helsesøstre i distriktet er mer trygge og selvstendige i forhold til å takle alvorlige vansker, blant annet fordi de er mer vant til å klare seg uten hjelp på grunn av avstanden til ABUPs lokaler.

### **8.3 Drøfting av reliabilitet - studiens pålitelighet**

Reliabilitet har med forskningsfunnenes konsistens å gjøre og hvor pålitelige resultatene er. Uavhengige målinger skal ideelt sett gi tilnærmet like resultater (Kvale, 1997). Jeg har forsøkt å sikre reliabilitet på intervjustadiet ved å gå frem på samme måte under alle intervjuene og gi den samme innledende informasjonen i forkanten av intervjuene. Jeg tok også lydopptak. Jeg prøvde i størst mulig grad å ikke stille ledende spørsmål og avsluttet alle intervjuene ble avsluttet med å spørre om informantene har noe de vil si som ikke allerede er nevnt. Reliabiliteten øker ved at jeg ledet alle intervjuene og transkriberingenes reliabilitet ble styrket ved at jeg gjennomførte all transkriberingen selv. Det ga meg økt innsikt i materialet og styrket dermed også analysen av funnene.

Alle intervjuene ble forsøkt transkribert etter samme transkriberingsmetode, og med størst mulig grad av nøyaktighet. Reliabilitet i analysen styrkes gjennom redegjørelse av benyttede prosedyrer. De transkriberte intervjuene er ikke tilgjengelige for leseren. Leseren kan dermed ikke på bakgrunn av disse kontrollere analysens kvalitet. Dermed må leseren avgjøre analysens holdbarhet ut i fra kontrollering av de ulike trinnene i analysen.

### **8.4 Drøfting av validitet - studiens gyldighet**

Kvale (1997) skriver at validitet i kvalitative studier kan defineres til å omhandle i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, og at validitet må

ivaretas gjennom hele forskningsprosessen. Her drøftes Larssons (1993) validitetskriterier; diskurskriteriet, heuristisk verdi, empirisk forankring, konsistens og det pragmatiske kriteriet.

*Diskurskriteriet* handler om møte mellom meninger og forskerens evne til å formidle en forståelse av praksis som leseren tror på (Larsson, 1993). Gjennom intervjuene kom det fram direkte kunnskap om helsesøstrenes meninger om samarbeidet med ABUP.

Validiteten har blitt økt ved å beskrive nøye hvordan jeg har kommet fram til resultatene og ved å ikke spekulere for mye i analysen. Mine funn prøves også mot teoretiske perspektiver, politiske føringer og resultater fra tidligere forskning. For å øke validiteten ytterligere kunne jeg benyttet flere metodiske tilnærminger.

*Heuristisk verdi* betyr at forskningen skal føre til nye erkjennelser og gi nye aspekter for å forstå praksis. Ny erkjennelse oppstår ved å perspektivere virkeligheten (Larsson, 1993). Ved å intervjuer helsesøstre med ulike erfaringer har det kommet fram flere nye ideer av betydning for samarbeidet med ABUP. For å øke den heuristiske verdien, kunne dagens samarbeid blitt sammenliknet med hvordan samarbeidet med ABUP var tidligere. Det var ikke mulig ettersom det ikke er gjort tilsvarende undersøkelser tidligere. I utgangspunktet var planen å også intervjuer helsesøstre som ikke har hatt samarbeid med ABUP for å undersøke hva som er grunnen til dette og hvilke tanker de har om et slikt samarbeid. På den måten kunne innspillene fra de andre informantene blitt perspektivert. Dette ble droppet på grunn av oppgavens begrensning, men det ble valgt en informant som hadde veldig begrenset erfaring med å samarbeide med ABUP

*Empirisk forankring* innebærer at det er samsvar mellom virkeligheten og mine tolkninger (Larsson, 1993). Den empiriske forankringen kunne blitt økt ved å sende et sammendrag av intervjuene til informantene for å gi dem mulighet til å vurdere om de kjente seg igjen i den virkelighetsbeskrivelsen jeg hadde laget, få frem momenter som ikke kom fram under intervjuet og rette opp forhold som ble fremstilt feilaktig under intervjuet, eller som ble mistolket i utarbeidelsen av sammendraget (Dalland, 2000). På grunn av tidspress ble dette ikke gjort. Jeg har prøvd å forbedre den empiriske forankringen ved å diskutere mine tolkninger med veilederen min. For at informantenes stemme skulle komme tydelig frem er det i tillegg gjengitt mange sitater fra intervjuene i forbindelse med presentasjonen av funnene i undersøkelsen.

*Konsistenskriteriet* innebærer at det er en indre logikk og sammenheng mellom helheten og delene i studien (Larsson, 1993). Jeg har prøvd å beskrive i hvilken grad informantenes enkeltsvar henger sammen med helhetsbildet jeg fikk gjennom intervjuet. Når det kom fram motsetninger, er dette tydeliggjort.

Det *pragmatiske kriteriet* vektlegger resultatenes relevans og praktiske betydning (Larsson, 1993). Funnene fra denne undersøkelsen skal formidles til ansatte og ledere i ABUP. Dette vil sannsynligvis ikke føre til en umiddelbar endring av praksis, men håpet er at denne studien kan bidra til å sette i gang en diskusjon om hvordan samarbeidet mellom helsesøstre og ABUP kan bli best mulig. På de områdene det er et språk mellom den måten samarbeidet fungerer på i dag og informantenes forventninger og ønsker for samarbeidet, kan funnene inspirere ABUP til å endre praksis. På de områdene det er samsvar mellom måten samarbeidet fungerer på og informantenes ønsker og forventninger, vil ABUP få støtte til å fortsette slik de gjør. Jeg håper også at resultatene vil være til nytte for andre som jobber med barn og unges psykiske helse og for andre som er deltakere i tverrfaglig samarbeid.

## 9 OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER

Gjennom denne studien har det kommet fram mange forslag til hvordan samarbeidet mellom ABUP og helsesøstrene kan bli bedre. Det var samstemmighet i materialet om at helsesøstrene både trenger og ønsker et samarbeid med ABUP. Funnene fra denne studien kan støtte opp under at ABUP både bør drive med utredning og jobbe lokalbasert med utgangspunkt i et nettverksperspektiv. Slik jeg ser det innebærer blant annet at ordningen med ambulant team bør videreutvikles og at de som jobber poliklinisk også bør bevege seg mer ut av sine kontorer. Funnene taler også for at det bør utarbeides rutiner i forhold til tilbakemeldinger til helsesøster. For å imøtekomme helsesøstrenes ønsker om å bli mer involvert i arbeidet med ungdommene, mener jeg det er viktig at de får tilbud om å være med på samtaler og møter dersom ungdommen ønsker dette. Ut fra helsesøstrenes uttalelser, ser jeg det som et viktig satsningsområde at kommunene får tilført mer kompetanse og ressurser for å kunne hjelpe ungdom som har psykiske vansker. Det er også viktig at helsesøstrene får veiledning i forhold til de ungdommene de følger opp.

Mitt hovedinntrykk er at helsesøstrene ønsker mer samarbeid med ABUP, men at de er ganske fornøyd i de tilfellene der det har vært et samarbeid. For å utforske dette temaet videre ville det vært interessant å ta utgangspunkt i konkrete samarbeidserfaringer for å finne ut hvordan helsesøstrene oppfatter ABUPs rolle og tankemåte. Det kunne også vært interessant å forske videre på organiseringen av tjenestene i kommunene og hvilken betydning dette har for samarbeidet med ABUP. Spesielt ville det være interessant å finne ut mer om organiseringen i den kommunen der helsesøster hadde lite behov for å henvise ungdom til ABUP, og vurdere om denne modellen kan være nyttig for andre kommuner. Det har vært interessant og lærerikt å utforske helsesøstrenes tanker om samarbeidet med ABUP, men det gir bare en begrenset innsikt i det store feltet som omhandler samarbeid. For å få en større forståelse for samarbeidet mellom ABUP og kommunene kunne man intervjuer andre samarbeidspartnere og de ansatte på ABUP. I min undersøkelse er det lite fokus på brukerperspektivet. Målet med samarbeidet er ikke at de ansatte i ABUP eller deres samarbeidspartnere skal bli fornøyd, men at ungdommene og deres familie skal få en best mulig oppfølging. Derfor bør videre forskning fokusere på kartlegge hvordan ungdom og pårørende som har hatt kontakt med ABUP og andre instanser har opplevd samarbeidet.



## REFERANSELISTE

Andersen, A.J.W. (2008). Kunnskapen ligger mellom oss – samarbeid til barns beste i en brytningstid, *Bivrost*, 19(3), 11-16.

Andersson, H.W., Ose, S.O., & Norvoll, R. (2006). *Helsesøsters kompetanse*. SINTEF Helse, Rapport A558.

Andersson & H.W., Steihaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse*. SINTEF Helse, Rapport A4727.

Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Giorgi, A.(1985). Sketch of a psychological phenomenological method. I: Giorgi A. red. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duquesne Univ Press.

Glavin, K. & Erdal, B. (2000). *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Hald, M & Hoven, S. (2009). Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn: et forsøk på organisering av et helhetlig brukernært spesialisthelsetilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*,. 6 (3), 224-233.

Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap. Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*. Doktorgradsavhandling. Karlstad University Studies.

Helsedepartementet (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ...sammen om psykisk helse...* Oslo: Departementene.

Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *FOR 2003-04-03 nr. 450. Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsetilsynet (2007). *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser*. (Rapport 8/2007). Oslo: Helsetilsynet.

Hood, C.(1991): "A public management for all seasons" Public Administration vol. 69 her i Johnstad, T., Klausen J.E. og Mønnesland, J.: *Globalisering, regionalisering og distriktpolitikk*. Makt og demokratiutredningens rapportserie. Rapport 76/2003

Hultberg, K. B., & Karlsson, B. (2007). Faglige samarbeidspartneres erfaringer med et ambulant akuttpsykiatrisk team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 3(1), 2-14.

Johannessen, B. F. (2004). *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Notat 22. Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier. Bergen: Universitetet i Bergen.

Johnsen, H. H. & Skjerve A.-G. (2009). Spesialisthelsetjenester på brukernes arenaer – går det? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(3), 215-233.

Karlsson, B. (2008). Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv - et vitenskapelig essay. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2),153-163.

Kommunehelsetjenesteloven (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr.66*. <[www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)>

Kvale, S (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kazdin, A.E. (2004). *Psychotherapy for Children and Adolescents*. I: Lambert, M.J. (red.). *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5. utg. John Wiley & Sons, Inc.

Larsson, S. (1993). Om kvalitet i kvalitative studier. I: *Nordisk pedagogikk*, 25 (1), 16-35.

Leer-Salvesen, P. (2009). Moderne prester – ved en av dem. I: Johnsen, H.C., Halvorsen, A., Repstad, P: *Å forske blant sine egne. Universitet og region – nærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2. utgave.

Myrvold, T. M. & Helgesen, M. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid: organisering, samarbeid og samordning*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

*Nasjonal helseplan 2007-2010*. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006–2007), kapittel 6

Norges forskningsråd (2009). *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009) Sluttrapport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd.

Nyttingnes, O. & Skjerve, A.G. (2005). «Brist i alle ledd» - eller er leddene selve bristen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(2), 175-184.

Repstad, P. (1983). *Institusjonssosiologi*. Oslo: Aschehoug.

Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse – Kvalitative metoder i samfunnsfag*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Rogan, T (2004). Opptrappingsplanen: fra psykiatri til psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(1), 4-12.

Rådet for psykisk helse (2004). *Stykkevis og delt. Om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Rådet for psykisk helse (2008). *Spesialisthelsetjenesten på brukerens arena. En utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Schönfelder, W. (2008). *Mellom linjene i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Om samarbeid mellom organisasjoner og profesjoner*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.

Sitter, M. (2008). *Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007. Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse*. Sintef Helse, Rapport A5204.

Sosial – og helsedirektoratet (2007a). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2007b). IS-1/2007 - *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2007*. Oslo: Sosial – og helsedirektoratet.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr.61*. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no). Hentet 10.02.10.

St.meld. nr. 25. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, methods and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. I: Willumsen (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Danmark: World Health Organization

Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. I: Willumsen (red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, 5 (2), 111-118.

<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=28270>. Lastet ned 02.05.10.

## **VEDLEGG**

### **INTERVJUGUIDE**

#### 1. Bakgrunn

- Hvor lenge har du arbeidet som helsesøster?
- Hvor stor stilling har du som helsesøster på ungdomsskolen?
- Hvor mye samarbeid har du hatt med ABUP? (antall ungdommer, varighet)
- Hvilken type samarbeid har du hatt med ABUP?

#### 2. Kan du si noe generelt om hvilke tanker du har om samarbeid rundt ungdom?

#### 3. Hvilke erfaringer / opplevelser har du i samarbeidet med ABUP? (gode/dårlige, nyttig?)

#### 4. Hvilke forventninger har du til samarbeidet med ABUP framover?

#### 5. Hvordan mener du det optimale samarbeidet rundt ungdom ville se ut? (ønsker)

#### 6. Hvilke bekymringer har du for samarbeidet med ABUP videre?

#### 7. Hvilke tanker har du om egen kompetanse og arbeidsoppgaver ift til dem som jobber i ABUP?

#### 8. Er det noe du vil si som jeg ikke har spurt om?

Vibeke Palucha  
Kjelleviktoppen 2  
4637 Kristiansand

Vedlegg 2

Kristiansand, februar 2010

Til ledende helsesøster

**FORESPØRSEL OM Å SKAFFE INFORMANT TIL  
MASTERGRADSPROSJEKT**

I forbindelse med mitt mastergradsprosjekt ved Universitetet i Agder ønsker jeg å gjennomføre en intervjuundersøkelse blant helsesøstre og sosiallærere ved flere ungdomsskoler i Aust- og Vest-Agder. Prosjektets arbeidstitel er ”Helsesøstre og sosiallæreres tanker om samarbeid med Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP), SSHF – opplevelser, forventninger, ønsker og bekymringer”. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap som kan brukes til å bedre samhandlingen mellom ABUP og helsesøstre/sosiallærere. Tanken er at dette skal komme ungdommene til gode.

Jeg ønsker at informantene skal ha erfaring fra samarbeid med ABUP det siste året. Det er en fordel om de har erfaring både med poliklinikken og ambulant team, men det er ikke nødvendig. Jeg håper at du kan bistå med å skaffe en helsesøster fra din enhet/kommune som ønsker å være informant i min undersøkelse. Jeg lurte også på om det er mulighet for at den aktuelle informanten kan få frigitt tid til dette i sin arbeidstid. Intervjuet vil finne sted i lokalene til Universitetet i Agder i Kristiansand og vil vare ca. 2 timer. Fortrinnsvis ønsker jeg å foreta intervjuene i løpet av februar 2010. Jeg legger ved informasjonsbrev og samtykkeskjema til informantene.

Opplysningene som fremkommer i intervjuene vil bli behandlet konfidensielt og deltakerne vil bli anonymisert i den ferdige oppgaven. Resultatene fra intervjuundersøkelsen presenteres i en masteroppgave i psykisk helsearbeid, og vil derigjennom være offentlig tilgjengelig dokument tilhørende Universitetet i Agder. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Jeg setter pris på om du gir meg beskjed så snart du vet om det er aktuelt for deg å bistå med å skaffe en informant til mitt prosjekt. Ved eventuelle spørsmål kan du kontakte meg eller min veileder. Dersom jeg ikke hører noe fra deg, vil jeg ringe deg i uke 6 for å sjekke at du har mottatt denne henvendelsen.

Student: Vibeke Palucha. Tlf.nr: 91776763  
Mailadresse: vpalucha@hotmail.com

Veileder: Anders Johan W. Andersen, Universitetet i Agder. Tlf: 37004023  
Mailadresse: anders.j.w.andersen@uia.no

Med vennlig hilsen

Vibeke Palucha

## SAMTYKKEERKLÆRING

Vedlegg 3

Undertegnende samtykker til at .....kan delta som informant i forbindelse med undersøkelsen:

**”Helsesøstres tanker om samarbeid med ABUP – opplevelser, forventninger, ønsker og bekymringer”**

Dato og underskrift:

-----



Kristiansand, februar 2010

Til helsesøster

### **FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT**

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt ved Universitetet i Agder. Prosjektets arbeidstittel er "Helsesøstres tanker om samarbeid med Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) -opplevelser, forventninger, ønsker og bekymringer". For å utforske dette temaet, ønsker jeg å intervjuer helsesøstre ved ulike ungdomsskoler om samarbeid med ABUP. Jeg ønsker at informantene skal ha erfaring fra samarbeid med ABUP det siste året. Det er en fordel om du har erfaring både med poliklinikken og ambulanseteam. Jeg ønsker også å holde muligheten åpen for å intervjuer deg en gang til dersom jeg skulle ha behov for mer informasjon.

Prosjektet inngår i et mastergradsprosjekt i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder og motiveres av at jeg til daglig arbeider i ABUP ved Sørlandet Sykehus. Bakgrunnen for valg av dette temaet er en oppfatning av at helsesøstre er viktige samarbeidspartnere for ABUP, og at jeg ønsker at dette samarbeidet skal være best mulig. Hensikten med prosjektet er å få kunnskap som kan brukes til å bedre samhandlingen mellom ABUP og helsesøstre. Tanken er at dette skal komme ungdommene til gode.

Intervjuene kan foregå et sted du velger eller i lokalene til Universitetet i Agder. Jeg vil ta lydopptak under intervjuet. Intervjuet er beregnet til å vare ca. halvannen time. Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, ønsker jeg at du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på tlf.nr.: 91776763, eller sende meg en mail på: vpalucha@hotmail.com. Du kan også kontakte min veileder Anders Johan W. Andersen, på tlf.nr.: 37004023 eller mail: anders.j.w.andersen@uia.no

Med vennlig hilsen

Vibeke

Palucha

## SAMTYKKEERKLÆRING

Vedlegg 5

Undertegnende samtykker i å delta som informant i forbindelse med undersøkelsen:

### **”Helsesøstres tanker om samarbeid med ABUP – opplevelser, forventninger, ønsker og bekymringer”**

Som informant vil jeg stille opp til intervju. Jeg aksepterer at det tas lydopptak under intervjuet. Opptakene og intervjuutskriftene skal slettes etter at oppgaven er levert og vurdert, senest 1. juli 2010.

Jeg er klar over at ingen data vil bli benyttet til andre formål enn det de er samlet inn for og at opplysningene fra intervjuene vil bli behandlet konfidensielt og anonymiseres i den ferdige oppgaven. Resultatene fra intervjuundersøkelsen skal presenteres i en masteroppgave i psykisk helsearbeid, og vil dermed være et offentlig tilgjengelig dokument tilhørende Universitetet i Agder.

Jeg er klar over at deltakelse i intervjuet er frivillig, at jeg kan la være å svare på spørsmål og at jeg når som helst i løpet av prosjektet kan trekke meg fra videre deltakelse uten å måtte gi noen nærmere begrunnelse for dette.

Dato og underskrift:

-----