



Uit

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet

# Hvordan opplevde terapeuter på BUP-SANKS og helsesykepleierne ved helsestasjonene i Finnmark å samarbeide?

*Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten: En fenomenologisk studie*

—

**Fredrik Haug Loholt**

*Masteroppgave i Medisin August 2019*





## Forord

I løpet høsten 2017 ble det lagt ut masteroppgaver med tilhørende veileder. En av disse hadde tittelen «Samarbeid mellom BUP og helsestasjonene når det gjelder forebygging og psykisk helse hos små barn» med veileder Cecilie Jávo. Oppgaven gikk ut på å undersøke hvordan et samarbeid mellom sped- og småbarnsteamet ved BUP-SANKS og helsestasjonene i opptaksområdet fungerte. Gjennom medisinstudiet har det vært et fokus på viktigheten av samarbeid mellom instansene i helsevesenet, men det har vært lite undervisning om hvordan det skal gjennomføres i praksis. Sammen med en personlig interesse for psykiatri, allerede før jeg begynte på legestudiet, var denne oppgaven et åpenbart valg. Etter to uker fikk jeg svar om at personen som opprinnelig hadde fått tilbud om å gjennomføre oppgaven hadde trukket seg, og jeg fikk tilbud om oppgaven som neste mann i rekken.

Denne oppgaven har vært en lærerik reise hvor jeg har lært å se et fenomen mer i dybden og med flere aspekter. Jeg har især sett hvor komplisert det kan være å få til et samarbeid, spesielt når avstandene er store og ressursene knappe. Jeg ønsker å takke alle informantene for flotte intervjuer, min venn og kollega Ola William Hunsdal som har hjulpet meg å lese korrektur. Til slutt ønsker jeg å rette en spesielt stor takk til min veileder Cecilie Jávo som gjennom konstruktiv veiledning har fått fram et potensiale jeg ikke visste jeg hadde. Du har brukt mer tid av ferien din enn jeg noen gang kunne forventet, og uten din veiledning ville jeg vært sjanseløs - Tusen takk!



Fredrik Haug Loholt  
2019 Hammerfest

# Innholdsfortegnelse

|  |     |
|--|-----|
| Forord .....   | ii  |
| Innholdsfortegnelse .....                            | iii |
| Sammendrag .....                                     | v   |
| 1. Innledning.....                                   | 1   |
| 1.1. Et todelt helsevesen .....                      | 1   |
| 1.2. Behov for samarbeid på tvers av nivåer .....    | 1   |
| 1.3. Problemstilling.....                            | 4   |
| 2. Materiale og metode.....                          | 4   |
| 2.1. Informantene.....                               | 4   |
| 2.2. Prosedyre for rekruttering av informantene..... | 5   |
| 2.3. Prosedyre for intervjuene.....                  | 5   |
| 2.4. Valg av metode .....                            | 6   |
| 2.5. Fenomenologi.....                               | 7   |
| 2.5.1. Fenomenologi som filosofisk retning.....      | 7   |
| 2.5.2. Den deskriptive fenomenologiske metoden.....  | 7   |
| 2.6. Forskerens bakgrunn og forforståelse.....       | 9   |
| 2.7. Selve analysen ad modem Giorgi .....            | 10  |
| 3. Resultater .....                                  | 10  |
| 3.1. Samarbeidsområder .....                         | 10  |
| 3.2. Nøkkelkomponenter i samarbeidet.....            | 11  |
| (1) Organisering.....                                | 11  |
| (2) Ressurser.....                                   | 15  |
| (3) Holdninger.....                                  | 17  |
| (4) Kontekstuelle faktorer .....                     | 18  |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 3.3.   | Nøkkelpkomponenter («Key Constituents») – Tabell 1 .....                     | 19 |
| 3.4.   | Generell struktur (General Structure) – Figur 2 .....                        | 24 |
| 4.     | Diskusjon .....  | 25 |
| 4.1.   | Viktige funn.....  | 25 |
| 4.2.   | Diskusjon av funnene .....   | 25 |
| 4.2.1. | Utfordringer i samarbeidet .....   | 25 |
| 4.2.2. | Samarbeidsmøtene .....   | 26 |
| 4.2.3. | Informasjonsflyt mellom tjenestenivåer .....                                 | 27 |
| 4.2.4. | Økonomiske insentiver.....   | 28 |
| 4.2.5. | Forebyggende arbeid .....  | 28 |
| 4.2.6. | Behovet for et utviklet fagmiljø og bruk av AVT (Audio-VideoTechnology)..... | 29 |
| 4.3.   | Styrker og svakheter .....   | 30 |
| 5.     | Oppsummering og sluttkommentar.....  | 31 |
|        | Referanser .....   | 33 |
|        | Vedlegg 1.....   | 36 |
|        | Vedlegg 2.....   | 37 |

## Sammendrag

I dagens helse-Norge er samarbeid mellom ulike etater og samarbeid på tvers av tjenestenivåer blitt stadig viktigere. Samtidig er samarbeid blitt mer krevende i en helsetjeneste som er mer fragmentert og hvor ressursene ofte ikke holder tritt med kravene som stilles. Når det gjelder psykiske helsetjenester til de minste barna, er samarbeid mellom etater ikke minst viktig, både i pasientbehandlingen og innen forebyggende virksomhet.

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan samarbeidet mellom barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) og helsestasjonene ble opplevd av deltakerne.

Informantene var sped- og småbarnsteamet ved BUP-Karasjok og helsesøstrene ved tre av de kommunale helsestasjonene i opptaksområdet. Det ble gjennomført individuelle, kvalitative dybdeintervjuer av til sammen seks informanter, tre helsesykepleiere og tre BUP-terapeuter. Intervjuene ble analysert med deskriptiv fenomenologisk metode ad modum Giorgi.

Analysen viste at informantene opplevde utfordringer i samarbeidet knyttet følgende tre nøkkelkomponenter i samarbeidet: (1) Organisering; (2) Ressurser og (3) Holdninger. I tillegg var samarbeidet influert av (4) Kontekstuelle faktorer. Funnene samsvarte med resultater fra andre studier, både fra Norge og fra andre land med lignende struktur av helsevesenet.

For å styrke samarbeidet rundt psykisk helse for de minste barna, viser studien at det er nødvendig med et stabilt og strukturert samarbeid mellom BUP og helsestasjonen, både rundt kunnskapsstyrking, klinisk arbeid og forebyggende tiltak, og at dette krever bedre organisering, mer ressurser og høyere prioritering.

# 1. Innledning

## 1.1. Et todelt helsevesen

Oppdelingen av helsetjenesten i ulike nivåer er vanlig i de fleste vestlige land. Det har skjedd blant annet som følge av økt antall alvorlige syke som stiller krav til dyrere og mer spesialiserte behandlinger (1-3). I Norge er helsevesenet delt inn i to forvaltningsnivåer, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (4). Valg av nivå gjøres i henhold til prinsippet for *laveste effektive omsorgsnivå* (LEON) – dvs.: nivået som en pasient får behandling på skal ikke være høyere enn nødvendig (5). Nyoppdagede og ukompliserte tilstander, samt stabile kroniske tilstander, behandles vanligvis i primærhelsetjenesten. Ustabile og alvorlige tilstander krever som regel behandling i spesialisthelsetjenesten. Nivåene arbeider etter forskjellige systemer med forskjellige finansielle modeller, oppgavesett og kulturer. Samarbeid mellom disse kan være komplisert (4, 6). Dessuten kan et slikt todelt system framstå som komplekst, forvirrende og fragmentert (1, 2, 4, 7). For å bøte på denne situasjonen har det vært forsøkt å finne metoder som kan integrere helsetilbudene bedre slik at det gir en mer oversiktlig, fornuftig og rettferdig helsetjeneste, som følger vedtatte lover og regler (2, 3, 7).

## 1.2. Behov for samarbeid på tvers av nivåer

Mange pasienter har behov for koordinerte tjenester fra instanser på tvers av nivåer for best mulig behandling. Implisitt i en nivåinndelt helsetjeneste er et mangfold av tjenesteytende personer som må forholde seg til et stort og til dels uoversiktlig system. Mangler i et slikt system vil kunne oppleves som et hinder og være en kilde til frustrasjon for tjenesteyteren. For pasientene, som ofte har liten innsikt i systemet bak en tjeneste, vil dårlig koordinering oppleves som fragmentert og kan være en ekstra belastning. De må da forholde seg til unødvendig mange tjenesteytere og et mer ressurskrevende behandlingsforløp (1, 7, 8). Denne fragmenteringen kan stamme fra både den vertikale inndelingen av de ulike tjenestene (primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste), eller den horisontale inndelingen av ulike tjenester på samme nivå (for eksempel helsestasjon, barnevern, pedagogiskpsykologisk tjeneste (PPT) m.m. i primærhelsetjenesten).

Et sømløst behandlingsforløp krever et etablert bakenforliggende system med konkret arbeidsfordeling mellom ulike instanser og enighet om hvordan og hvorfor samarbeidet skal gjennomføres. Dette er essensielt for at tjenesteyterne skal gjøre jobben sin på en forsvarlig, økonomisk og rettferdig måte (1, 2).

Planlegging og iverksetting av behandlingsforløp kalles å «integrere» en helsetjeneste (fra engelsk: «integrated care»). Hvordan man velger å integrere tjenester er komplekst og har mange aspekter. Resultatet av integreringen kan være vanskelig å forutse, og det er derfor vitalt at tjenestene blir hyppig evaluert (7, 9-11).

Utfordringene med en økende kronisk syk populasjon er ikke unikt for Norge, og viktigheten av gode integrerte tjenester i et samarbeidende, sammensatt helsesystem har blitt stadig mer tydelig (1-3, 12). WHO/Europe fremmet integrerte tjenester i 2013 med et helsepolitiske rammeverk, *Health 2020* (10-12), som beskriver hvordan en godt integrert helsetjeneste bør se ut. Samme år presenterte WHO *European Framework for Action on Integrated Health Service Delivery* (EFFA IHSD) et rammeverk som inkluderer en implementeringspakke som inneholder verktøy for tilrettelegging av en nivåovergrepene helsetjeneste der forebyggende tiltak, kontinuitet i behandlingen og befolkningscentrerte tjenester står sentralt (11-13).

I Norge har man vært tidlig ute når det gjelder å forsøke å bedre samhandlingen i helsevesenet. I 2009 ble en større strategiplan – *Samhandlingsreformen* - lansert. Den identifiserte to hovedutfordringer i det norske helsevesenet: *for liten koordinering av tjenester og for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom* (1). Reformen ble fulgt opp i 2011 med et lovtilllegg i *Helse- og Omsorgstjenesteloven* som trådte i kraft året etter. Tillegget påla kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler som skulle føre til et samarbeid som tilfredstilte visse minimumskrav (14).

En av pasientgruppene som det legges vekt på, både i *Health 2020* og i *Samhandlingsreformen*, er personer med psykiske lidelser. *Samhandlingsreformen* har dessuten et spesielt fokus på tidlig forebygging. Norge har vært meget aktiv med å forsøke å legge til rette for forebyggende tiltak, og nylig ble det presentert et høringsutkast med

forslag til nye nasjonale faglige retningslinjer for oppdagelse av utsatte barn og unge (15, 16). Imidlertid er ikke tidlig intervensjon som satsningsområde noe nytt når det gjelder barn og unge. Regjeringen lagde allerede i 1999 *Opptrappingsplanen for psykisk helse* og senere i 2003 *Strategiplan for barn og unges psykiske helse*. Begge forklarer at forebyggende tiltak er viktige for å gi barn og unge en god mental helse (8, 17-21).

I *Strategiplan for barn og unges psykiske helse* heter det bl.a.:

*Barn, unge og familier med sammensatte problemer må i dag ofte forholde seg til mange ulike hjelpere og til tjenester som ikke er godt nok koordinert. Dette innebærer en unødvendig belastning for brukerne og dårlig utnyttelse av ressursene for tjenestene. (8)*

I arbeidet med dette strategidokumentet gikk flere departementer sammen om å utvikle en plan som skulle gi barn og unge et styrket psykisk helsetilbud. Planen hadde 100 tiltak med mål om å forebygge og behandle psykiske problemer og å gi barn og unge en bedre mental helse. Blant disse tiltakene var det flere som dreide seg om samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsestasjonene (8).

Opprettelsen av *Nasjonalt Kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse* i 2006 gikk hånd i hanske med denne strategiplanen, ettersom nettverket skulle drive kunnskapsutvikling, kompetanseheving og styrking av tiltak som fremmer sped- og småbarns psykiske helse (22). Dette nettverket dannet igjen grunnlaget for dagens sped- og småbarnsteam som nå er opprettet ved mange BUPer rundt om i landet (23). Disse teamene har i oppgave å komme tidlig til når det gjelder forsinket utvikling eller skeivutvikling hos små barn. Teamene har valgt noe forskjellige framgangsmåter og prioriteringer, men har til felles et mål om å samarbeide nært med primærhelsetjenesten for å kunne behandle problemer hos sped- og småbarn etter LEON-prinsippet (22, 24, 25).

En av poliklinikkene som har arbeidet mye med å utvikle slike tjenester ovenfor sped- og småbarn, er BUP-SANKS. I 2012 opprettet de et prosjekt for å styrke foreldrefunksjonen til mødre som var unge, rusmiddelavhengige og/eller slet med psykisk sykdom. Målet skulle



nås gjennom økt samarbeid med kommunene i opptaksområdet, primært ved å gi veiledning og undervisning om temaet til helsesykepleierne. Et sped- og småbarnsteam ble opprettet for bl.a. å bidra med årlige fagseminarer for helsesykepleierne, månedlig telematikkveiledning, samt tilbud om lavterskel telefonkontakt ved behov for støtte og veiledning. Prosjektet hadde gode tilbakemeldinger og ble tolket som en suksess. Teamet ble deretter etablert som et fast tilbud i 2014. Imidlertid ble interessen for samarbeidet mindre etter hvert, og deler av det ble til slutt avviklet. De resterende tilbudene har i liten grad blitt benyttet.

### **1.3. Problemstilling**

Jeg ønsker i denne oppgaven å undersøke erfaringene til de fagpersonene som har deltatt i samarbeidet mellom BUP-SANKS sitt sped- og småbarnsteam og de kommunale helsestasjonene. Problemstillingen min blir da:

*Hvilke samarbeidserfaringer har ansatte i BUPs sped- og småbarnsteam og helsesykepleierne ved de kommunale helsestasjonene i å samarbeide om psykisk helse til barn i aldersgruppen 0-5 år?*

## **2. Materiale og metode**

### **2.1. Informantene**

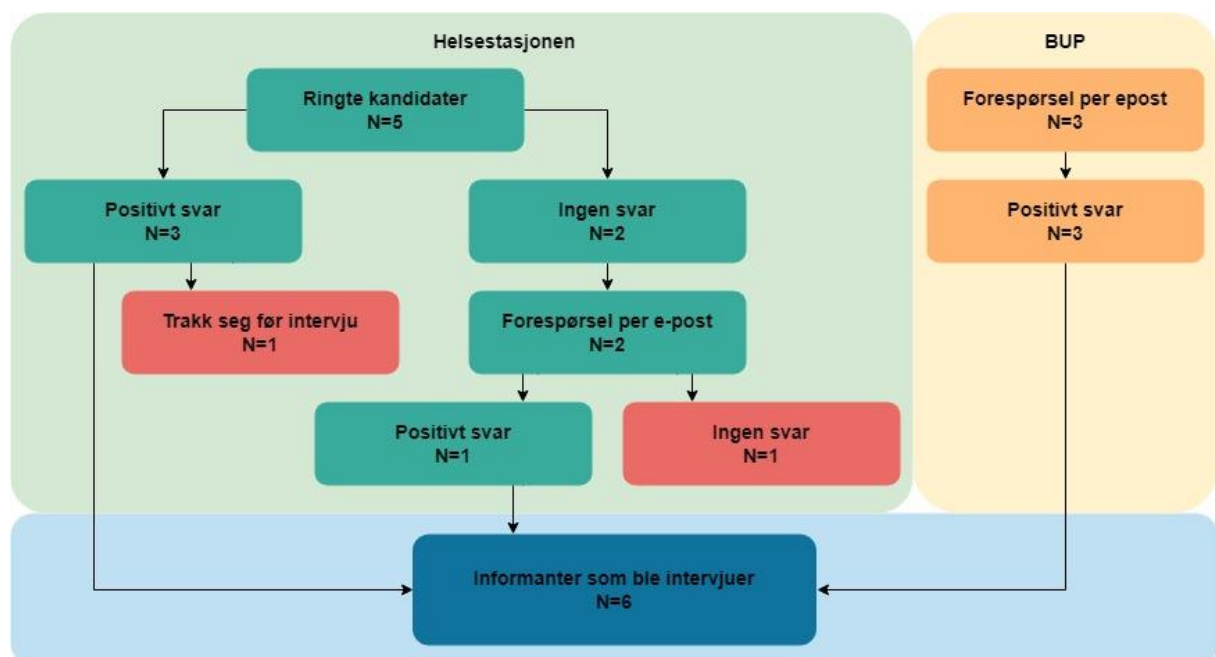
De som deltok i undersøkelsen, var tre helsesykepleiere ansatt ved kommunale helsestasjoner i opptaksområdet for SANKS og tre terapeuter ved sped- og småbarnsteamet ved BUP-SANKS.

Informantene fra SANKS hadde forskjellig fagbakgrunn, men var alle en del av sped- og småbarnsteamet. Alle hadde minimum fem års helsefaglig utdanning og alle var kvinner i alder 40-60 år. De hadde ulik etnisk bakgrunn, men hadde alle arbeidet ved SANKS i flere år

med den samme pasientpopulasjonen. Av de tre kommunale informantene var to helsesykepleiere. En var utdannet jordmor, men hadde vært konstituert i stilling som helsesykepleier de siste tre årene. Den som hadde jobbet lengst, hadde jobbet i 28 år.

## 2.2. Prosedyre for rekruttering av informantene

For å rekruttere informantene fra sped- og småbarnsteamet kontaktet jeg lederen for BUP. Hun ga meg epostadressen til de andre i teamet, og jeg sendte dem så en forespørsel. For å rekruttere helsesykepleiere i kommunene, tok jeg kontakt med fem helsestasjoner i SANKS sitt opptaksområde per telefon. Jeg fikk direkte kontakt med helsesykepleiere ved tre av helsestasjonene. Samtlige meldte sin interesse for å stille til intervju. To av helsesykepleierne fikk jeg ikke kontakt med per telefon. Disse sendte jeg en forespørsel per epost. En av disse svarte, og vi avtalte tidspunkt for intervju. Den andre svarte ikke. Senere trakk en av informantene seg. En oversikt over rekrutteringen av informantene kan sees i figur 1.



Figur 1 – Oversikt over rekrutteringen av informanter til studien.

## 2.3. Prosedyre for intervjuene

Intervjuene av sykepleierne ble gjennomført ved helsestasjonene der de var ansatt, og intervjuene av de ansatte ved SANKS ble gjort på SANKS. Jeg startet intervjuene med å introdusere meg, informere om oppgaven, og innhente skriftlig samtykke fra samtlige

informanter der anonymitet og frivillighet ble presisert (vedlegg 1). Jeg innledet med samme presentasjon til alle deltakerne:

*Jeg vil starte med å få takke deg for at du ville delta på dette samtaleintervjuet hvor jeg ønsker å høre om dine erfaringer rundt samarbeidet mellom BUP-SANKS og helsestasjonene i kommunene, da med særskilt fokus på de aller minste barna. Dette er et åpent intervju hvor du kan snakke fritt. Du kan starte med litt bakgrunnsinformasjon om din utdanning og arbeidsansiennitet.*

Etter at de hadde presentert seg selv og fortalt om sin bakgrunn, innledet jeg selve intervjuet med følgende åpningsspørsmål:

*Kan du fortelle meg om dine erfaringer og opplevelser fra samarbeidet mellom SANKS og helsestasjonen angående barn mellom null og fem år. Det dreier seg da både om samarbeid vedrørende utredning og behandling av barn som man mistenker har psykiske plager, samt forebygging av psykiske plager.*

Alle intervjuene ble gjort uten pauser eller avbrytelser, og varte i gjennomsnitt én klokke. Det ble brukt lydopptak på mobiltelefon samt nettbrett for å minimere risiko for tap av data. Samtalene ble så lagret på universitetets server og slettet fra mobiltelefonen og nettbrettet. Intervjuene ble så transkribert over to ukers tid ved hjelp av programmet *Easytranscript* som ga mulighet til å styre avspillingen samtidig som en foretok skrivingen. Transkripsjonen ble gjort i den hensikt å gjengi det som ble sagt mest mulig nøyaktig. Etter at innsendingen av masteroppgaven er gjort, vil alle lagrede data bli slettet, både lydfiler og de transkriberte intervjuene.

## **2.4. Valg av metode**

Det finnes to forskjellige forskningsmetoder som bygger på ulike paradigmer: kvalitative og kvantitative metoder. Innenfor disse finnes det flere forskjellige undergrupper av metoder som brukes for ulike typer forskningsdesign, og som alle har sine styrker og svakheter.

I korte trekk handler de kvantitative forskningsmetodene om å observere et fenomen gjennom å telle og måle. Dataene blir analysert gjennom statistiske metoder i den hensikt å forklare virkeligheten så presist som mulig ut fra et stort sett med data (26).

De kvalitative forskningsmetodene brukes for å vurdere fenomener som ikke er enkle å telle, slik som tanker, følelser, erfaringer, opplevelser og holdninger. Dataen i kvalitative studier består som regel av tekster som stammer fra intervjuer med noen få informanter, observasjoner eller litteratur. Med en slik framgangsmåte får man mulighet til å tilegne seg en dypere forståelse av det fenomenet man undersøker (27).

Jeg valgte i denne oppgaven en kvalitativ metode fordi jeg var interessert i informantenes egne opplevelser og erfaringer når det gjaldt et bestemt samarbeid. Datainnsamlingen ble gjort gjennom å foreta individuelle dybdeintervjuer for slik å få mest mulig detaljerte beskrivelser. Dataene ble analysert etter den *deskriptiv fenomenologiske metoden* (28).

## **2.5. Fenomenologi**

### **2.5.1. Fenomenologi som filosofisk retning**

*Fenomenologi* stammer fra gresk og betyr *læren om det som vises*. Det handler om å forklare det som vises for ens bevissthet i møte med en hendelse. Den fenomenologiske tankegangen begynte som en filosofi introdusert av Edmund Husserl rundt år 1900 (29). Den tok utgangspunkt i å tilstrebe en åpen holdning til fenomenene rundt seg for så å beskrive en spesifikk erfaring. Denne åpne holdningen besto bl.a. i at en satte til side forutinntatt kunnskap (såkalte «forforståelse») for så å beskrive fenomenet/erfaringen i sin egen bevissthet så åpent som mulig (29).

Husserls fenomenologi var beregnet for filosofisk analyse, og passet nødvendigvis ikke som psykologisk forskningsmetode. En som senere forsøkte å gjøre en slik tilpasning til psykologisk forskning, var psykologen Amedeo Giorgi.

### **2.5.2. Den deskriptive fenomenologiske metoden**

*Deskriptivt* betyr at materialet inneholder en så nøyaktig som mulig beskrivelse av det en person opplever i møte med en erfaring (28). «*Deskriptiv fenomenologisk metode*» vil si at

man leter etter essensen i et materiale og dette gjør man ved å undersøke i detalj hva informanten har i sin bevissthet når vedkommende beskriver sin erfaring.

For å tilpasse den filosofiske metoden til psykologisk forskning utarbeidet Amedeo Giorgi den deskriptive fenomenologiske metoden (29). Etter hans modifikasjoner kunne den nå benyttes på andres opplevelser, ikke bare sine egne. Den opprinnelige filosofiske metoden stilte strenge krav til en ren bevissthet uten påvirkning fra tidligere opplevelser for å lykkes med å hente ut det abstrakte fra bevisstheten. Ettersom man nå skulle undersøke andres bevissthet gjennom psykologiske briller, var det behov for å redusere kravene til renhet. Blant annet ble det tillat å se på informasjon fra et annet menneskes bevissthet i kontekst med hva personen hadde opplevd tidligere, og dermed gi rom for at forskjellige personer kunne ha forskjellige opplevelser og erfaringer i møte med samme hendelser. Det ble også lov å analysere dataene for å finne den informasjonen som man mente var særlig relevant for et bestemt spørsmål, tema eller problemstilling.

For å hjelpe andre med å benytte en deskriptiv psykologisk fenomenologisk analysemetode har Giorgi laget en fem stegs oppskrift på hvordan man skal gå fram (29). Ettersom Giorgi sin metode er meget omstendelig og tidkrevende er den blitt modifisert og forklart av andre forskere, bl.a. av Kirsti Malterud og Bruce L. Berg (26). De fem stegene ifølge dem, er som følger.

Steg 1: Les igjennom hele intervjuet for å få et helhetsinntrykk, og let etter sentrale temaer. Teksten må så renskes for mest mulig irrelevant informasjon slik at det skjer en meningsfortetting.

Steg 2: Gå inn i en modus der du har en psykologisk fenomenologisk holdning slik at du ser på opplevelsene som beskrives av informantene som et produkt av deres bevissthet; ikke av virkeligheten.

Steg 3: Intervjuet deles inn i mindre *meningsbærende enheter* som er relevante for temaet du ønsker å utforske. Det gjøres så en systematisk gjennomgang, *koding*, av de meningsbærende enhetene der det noteres stikkord som får fram essensen i enheten.



Denne prosessen bidrar til å komprimere og organisere det meningsfulle i teksten som er relevant for spørsmålet/temaet. Denne prosessen er nødvendig for å få et oversiktlig materiale som kan brukes videre i analysen.

Steg 4: I denne fasen sorteres og kondenseres dataene med utgangspunkt i kodene fra Steg 3. Kodene kan slås sammen, endres og tilpasses for å beskrive dataene best mulig, for så å samles under mer abstrakte kategorier.

Steg 5: Til slutt skal alle dataene fra informantene sammenfattes og sees i sammenheng med hverandre. Det skal analyseres for å finne mønstre og sammenhenger på tvers av alle intervjuene som ikke nødvendigvis er åpenbare uten en systematisk gjennomgang av materialet. Inntrykket gjennom det sammenfattede materialet må stemme over ens med det opprinnelige råmaterialet. Om dette ikke er tilfelle må en gå tilbake og identifisere hva som ikke stemte og gjøre endringer; dvs. lage nye meningsbærende enheter, nye koder, nye kategorier osv.

## **2.6. Forskerens bakgrunn og forforståelse**

Det følger av den fenomenologiske tankegangen at når en henter ut essensen fra en informants beskrivelser, er det ønskelig at den skal være så lite påvirket av forskerens forutinntatte ideer (forforståelse) som overhodet mulig. Ettersom det kan være vanskelig å ikke la seg påvirke av ens egen bakgrunn når man foretar en fenomenologisk analyse, vil jeg kort informere om min egen bakgrunn.

Jeg er en etnisk norsk mannlig legestudent oppvokst i en liten nord-norsk by. Fra tidligere har jeg lite erfaring om samarbeidet mellom de forskjellige nivåene i det norske helsevesenet. Undervisningen hittil på legestudiet har dessuten vært svært begrenset når det gjelder dette temaet. Gjennom min 5.- års praksisperiode har jeg heller ikke vært tilstede på noen samarbeidsmøter med instanser fra flere nivåer. Dette gjorde at mitt inntrykk var basert på det jeg hadde hørt fra andre om samarbeid mellom forskjellige tjenester, og som regel hadde disse en negativ karakter. I kombinasjon med medias ofte negative beskrivelser av helsetjenesten i små kommuner i Finnmark, var det inntrykket jeg ble sittende igjen med

nokså negativt, og da spesielt deres evne til å ta i bruk ressursene som de tross alt har og kan benytte. Jeg har forsøkt å være bevisst denne forforståelsen, og forsøkt å legge mine holdninger og forventninger til side under analysearbeidet. Jeg mener at jeg i tilstrekkelig grad har vært i stand til å møte materialet jeg har samlet inn på en fordomsfri og åpen måte.

## **2.7. Selve analysen ad modem Giorgi**

Som bakgrunn for analysen har jeg brukt en modifisert versjon av Georges fem stegs metode utviklet av Kirsti Malterud og Bruce L. Berg, noe som har gjort analysen noe mer effektiv (26, 29).

Alle intervjuene ble først lest gjennom med et mål om å bli kjent med materialet. Dette betyr å legge merke til gjennomgående temaer, og interessante refleksjoner. Intervjuet ble så skrevet inn i et Excel-ark delt inn i meningsbærende enheter. Fyll ord og irrelevant informasjon ble fjernet, men informantens opprinnelige språk ble forsøkt ivaretatt. Hver meningsbærende enhet ble så analysert, og koder, temaer og begreper ble notert i nabokolonnen. Til slutt ble meningsinnholdet kondensert, sammenfattet, og sett i forhold til hverandre. Deretter ble de omdannet til mer abstrakte kategorier som igjen utgjorde de enkelte nøkkelkomponentene («Key Constituents»). De analyserte dataene fra hver enkelt informant ble så sammenlignet med materialet som framkom fra de andre informantene. Til slutt ble de felles nøkkelkomponentene sammenfattet i en visualisert samlet struktur («General Structure»).

## **3. Resultater**

### **3.1. Samarbeidsområder**

Det var tre hovedområder hvor BUP og Helsestasjonen samarbeidet: (1)

Kompetanseutvikling (2) Klinisk arbeid rundt pasienten og (3) Forebyggende arbeid. Det framgikk fra informantene fra helsestasjonene at de hadde behov for kompetanseutvikling innen feltet *små barns psykiske helse*, og det framgikk tilsvarende klart fra informantene som arbeidet ved BUP, at de ønsket å bidra til å styrke helsestasjonenes kompetanse på dette feltet. Dessuten hadde de selv behov for helsesykepleiernes kunnskap og erfaringer.

Videre kom det fram at helsesykepleierne som jobbet alene ved helsestasjonene var de som følte det største behovet for samarbeid. De ønsket et utvidet fagmiljø som både inkluderte BUP og andre helsesykepleiere fra de omkringliggende kommunene. Samtlige informanter opplevde at en stor fordel med samarbeidet mellom BUP og helsestasjonene var at BUP kunne veilede helsesykepleierne når de stod ovenfor en utfordrende pasientcase:

*.... For eksempel, når jeg har et barn som har store utfordringer og jeg ikke riktig vet hvordan jeg skal gå videre i saken, da får vi diskutert sammen og jeg får råd. Det har vært veldig nyttig. (F)*

I tillegg var samtlige informanter opptatt av forebyggende arbeid – både primærforebygging og sekundærforebygging. Når det gjaldt samarbeid rundt sekundærforebygging, gikk det ut på at helsesykepleierne fikk overført kunnskap fra BUP til å kunne oppdage faresignaler hos barn med begynnende psykiske vansker for så å kunne avverge videre uheldig utvikling.

*Vi må komme tidlig til med forebygging når det gjelder utsatte barn! BUP er her en viktig samarbeidspartner for oss, og jeg nøler ikke med å ta kontakt med dem når jeg har en slik familie. (E)*

### **3.2. Nøkkelpkomponenter i samarbeidet**

Gjennom analysen av materialet kom det fram flere overordnede faktorer, *nøkkelpkomponenter*, som var relatert til samarbeidet. De nøkkelpkomponentene som informantene hadde erfart var sentrale i samarbeidet var: (1) Organisering, (2) Ressurser og (3) Holdninger. I tillegg til disse direkte faktorene kom det også fram faktorer som informantene hadde erfart påvirket samarbeidet mer indirekte. Disse er samlet under (4) Kontekstuelle faktorer. Nøkkelpkomponentene er alle sammensatte, og informantene har beskrevet ulike sider av dem. De fleste er derfor del inn i underkomponenter.

#### **(1) Organisering**

Samtlige informanter var opptatt av selve organiseringen av samarbeidet og hvordan det fungerte. De beskrev ulike sider av organiseringen, slik som (1.1) Koordinering og planlegging, (1.2) Informasjonsutveksling/kommunikasjon og (1.3) Møteinnhold og

-struktur. Videre ble det snakket om erfaringer for effektive og handlekraftige samarbeidsmøter, med spesielt fokus på hvem og hvor mange som burde delta. Grunnet lange avstander ble telematikk ofte brukt som alternativ til personlig oppmøte, men var ofte vanskelig å gjennomføre på grunn av tekniske problemer.

### **(1.1) Koordinering og planlegging**

Når det gjaldt organiseringen av samarbeidet, var det en gjennomgående erfaring blant informantene - både de som arbeidet ved BUP og de som arbeidet ved Helsestasjonen - at en viktig forutsetning for effektive og handlekraftige samarbeidsmøter var god koordinering og planlegging. Især ble nødvendigheten av å oppnevne en koordinator framhevet.

En av informantene uttrykte det slik:

*Jeg tenker at det må være avklart i kommunene hvem som har den koordinerende rollen, for eksempel der man har hatt en helsesøster som har sittet som edderkoppen i nettet og dratt i alle trådene, har samarbeidet fungert ypperlig. (A)*

En annen beskrev det slik:

*Samarbeidsmøtene fungerte ikke når det var usikkerhet om hvem som skulle ha ansvaret for å koordinere det. Så tok jeg på meg ansvaret, og satte alt opp og innkalte alle deltakerne. Man må ha en struktur, jeg tror det er en grunn til at møtene fungerer og ikke blir glemt. (E)*

En av informantene trakk også fram at manglende koordinering førte til uklarhet rundt ansvarsforhold, og derav mindre effektivt samarbeid. Dette ble blant annet uttrykt slik:

*Vi har for eksempel diskutert om fordeling av foreldreveiledning i kommunen. Er det kommunen som skal gjøre det eller er de vi på BUP? Selvfølgelig er det kommunen som egentlig har ansvaret, men vi har foreldreveiledning på BUP, så ønsker vi å fortelle helsesykepleieren hva hun burde gjøre videre i veiledningen. Da kan det være vanskelig, fordi man beveger seg inn på andres områder. Så kan*

*de føle "Kommer dere her og sier hva vi skal gjøre, vi vet allerede hva vi skal gjøre!". Siden vi er redde for dette sier vi ikke ifra, og vet vi ikke om det blir fulgt opp ordentlig. (B)*

Noe som flere av informantene tok fram, var den gode erfaringen de hadde hatt med psykolog i delt stilling mellom BUP og kommunehelsetjenesten. Dette hadde de opplevd gjorde koordineringen enklere.

*Det har vært et veldig sømløst samarbeid mellom BUP og helsestasjonen med denne kommunen, ettersom to psykologer jobber 50% hos BUP og 50% som kommunepsykolog. Både samarbeidet og henvisninger hit går veldig bra. Det blir samme personen som har begge årene og ror en båt. (A)*

Å planlegge og organisere samarbeidsmøtene som telematikk møter var en arbeidsmåte som de erfarte kunne lette samarbeidet. Grunnet lange avstander ble telematikk ofte brukt som alternativ til personlig oppmøte, men slike telematikk møter var ofte vanskelig å gjennomføre på grunn av tekniske problemer:

*Så begynte vi å ha det via telematikk. Det var en stund hvor jeg hadde problemer med telematikkstudioet. Det var to-tre ganger jeg ikke klarte å logge meg på. Så lærte jeg det etter hvert, og fikk det til. (E)*

*Det har også vært veldig store problemer med det tekniske utstyret. Da må man få IT-personalet til å komme hit å koble opp. Man brukte så lang tid på det at møtet var over når man klarte å koble seg opp. Det har vært problemer nesten hver gang. (F)*

### **(1.2) Informasjonsutveksling/kommunikasjon**

Tett informasjonsutveksling og nær kommunikasjon mellom BUP og Helsestasjonen var en side ved samarbeidet som ble vektlagt. Flere av helsesykepleierne beskrev en situasjon der de ofte manglet tilstrekkelig informasjon fra BUP og henvisende instans til å følge opp barna.



Helsesykepleierne visste heller ikke alltid hvordan de skulle kontakte BUP for råd og veiledning i saker.

*Ofte opplever jeg at en familie med et barn som sliter bare kommer til helsestasjonen uten at noe rundt dem er klart, også må helsesøsteren ta alt ansvaret. I realiteten sitter det andre behandlere og leger som vet om pasienten og vet at de sliter og kanskje har en diagnose. Jeg vet ingenting om pasienten og deres helse. Jeg får kanskje vite A men ikke B og C. Så det blir veldig vanskelig for meg å vurdere hva denne familien trenger. (D)*

*Om et barn har vært under SANKS for utredning og behandling får man ingen tilbakemelding, så man hører det gjennom foreldrene. Som helsesykepleier er man en koordinator, man hjelper foreldre å finne veien videre via helsestasjonslegen. Man føler et ansvar for å ha sendt barnet videre til spesialisthelsetjenesten, så får man ikke så mye tilbakemelding. Jeg vet ikke hva som har blitt gjort, og heller ikke hva som skal gjøres. (F)*

### **(1.3) Innhold og struktur på samarbeidsmøtene**

Når det gjaldt samarbeidsmøtene spesielt, var det flere som hadde erfart at struktur og innhold ikke var tilfredsstillende og at møtene derfor ikke fungerte godt. Informantene var bl.a. opptatt av hvem og hvor mange som burde delta på møtene og at møtene kunne bli for store. En av informantene beskrev det slik:

*Det ble masse folk - det var ingen struktur på de møtene. Det ble veldig mye snakk om ulike ting, og hva vi skulle prioritere og hva vi skulle gjøre. Så til slutt gadd ikke folk lengre. (D)*

En annen informant sa det slik:

*Så vi på BUP la fram undervisning og diskusjon, men arenaene ble for svære. Vi kunne ikke lengre diskutere pasienter anonymt, fordi det kunne være 20 stykker*

*på samarbeidsmøtene. De møtene vi egentlig ønsket bestod av fastlege, helsesøster, barnevernet og PPT. (C)*

## **(2) Ressurser**

En nøkkelkomponent som gjaldt samarbeidet og som samtlige informanter snakket om, var tilgangen på nødvendige ressurser. Dette gjaldt (2.1) Økonomiske ressurser, (2.2) Bemanningsressurser og (2.3) Tidsressurser. Samtlige informanter opplevde utilstrekkelige økonomiske ressurser, knapphet på fagfolk og knapphet på tid, noe som hindret dem i delta i samarbeid. Dette gjorde seg særlig gjeldende blant helsesykepleierne.

### **(2.1) Økonomi**

Problemer med for dårlig økonomi gikk igjen blant informantene. Telematikk og streaming av møter var derfor metoder som ble brukt. En av helsesykepleierne sa det slik:

*Jeg blir så glad hver gang det har vært slik streaming av møter det er helt supert. Det er ikke så lett å komme seg rundt i Finnmark, det er både dyrt og langt. Det er veldig greit å sitte slik. (E)*

Også informantene fra BUP var opptatt av de dårlige økonomiske rammebetingelsene:

*Kravet til produksjon! Det tror jeg er en av grunnene til at spesialisthelsetjenesten driver med så lite forebyggende arbeid. Fordi det som ikke kan telles, det får du ikke betalt for. (C)*

### **(2.2) Fagpersoner**

Knapphet på fagfolk og problemer med bemanning var størst ved helsestasjonene. I enkelte kommuner var det kun én helsesykepleier ansatt:

*Jeg jobbet alene her som helsesøster, og det var ingen andre her. Så man må prioritere hva man rekker å gjøre, og det er ikke så mye man rekker å gjøre når man er alene. Det er å ta de helsekontrollene med de fra null til fem år, og bruke fastlegen. Hadde man hatt etablerte team, ville det vært en ressurs. (D)*

En konsekvens av den dårlige bemanningen ved helsestasjonene, var at få møtte opp på samarbeidsmøtene. Da ble det opplevd som ressursløsning dersom hele BUP sitt sped- og småbarnsteam kun hadde møte med 1-2 helsesykepleiere fra kommunene. Som en av helsesykepleierne uttrykte det:

*Det måtte jeg si til dem i BUP-teamet: "Dere trenger ikke bruke så mye ressurser på meg", siden det var bare jeg som satt der på møtet, "Jeg kan heller ringe dere om det er noe.". (E)*

Også fra BUP informantene ble dette problemet tatt opp:

*Så skled møtene ut, og det ble mindre og mindre oppmøte. Så til slutt avsluttet vi det. Det krevde mye ressurser fra oss: fire personer som sitter der og veileder en person. Det fant vi ut at det gjør vi bare ikke. (B)*

### **(2.3) Tid**

Informantene fra helsestasjonene beskrev en slitsom hverdag fylt med mange og krevende oppgaver, noe som også medførte at lovpålagte oppgaver måtte prioriteres foran samarbeidet med BUP.

*Så er det det at helsesøster har flust av oppgaver de skal gjøre. Barnepsykiatri er bare en brøkdel av alt det de har. Jeg ser også helsesøstersituasjonen og forstår deres dilemma når det gjelder samarbeid med oss. (B)*

*Vi har de faste kontrollene vi må gjøre, hvor vi har forskjellige temaer der vi snakker med foreldrene om forebyggende helse. På fire måneders kontrollen har vi temaer der vi snakker om barns miljø og sikkerhet samt andre temaer. Videre har vi egne temaer på åtte og 18 måneders kontrollen. Så da har vi faste temaer, ellers er det individuelt hva vi snakker med foreldrene om. (F)*

Også BUP informantene beskrev knapphet på tid til samarbeid. Især gjaldt dette kommunene det var lang reiseavstand til:

*Fem timers kjøring en vei til en kommune, pluss overnatting, og det over Norges mest stengte vei! Det krever tidsressurser! Det er store geografiske utfordringer i Finnmark. (A)*

### **(3) Holdninger**

Når det gjaldt holdninger til samarbeid, var de overveiende positive. Det kom det fram at både informantene fra BUP og fra helsestasjonene ønsket mer samarbeid, og opplevde at samarbeidet mellom dem var nødvendig både i pasientbehandlingen og for å kunne drive med forebyggende tiltak/tidlig intervensjon. Som en av helsesykepleierne sa det:

*Det er en berikelse å ha dette samarbeidet ... Det dreier seg om at vi må samarbeide rundt disse barna som det er noe med. Vi må se og oppdage de sårbare barna, så må vi samarbeide rundt dem. Videre håper jeg at samarbeidet vårt gjør at de ikke trenger så mye hjelp senere i livet. (E)*

Begge parter opplevde at BUP var klare for samarbeid, men at det først og fremst var helsestasjonene som ikke var i stand til å følge opp samarbeidet. Her kom det fram at de hadde opplevd andre helsesykepleiere som hadde en avventende/negativ holdning og ikke så nytten av å delta på samarbeidsmøter med BUP når de opplevde at de ikke fungerte. De kunne dessuten prioritere bort samarbeidet fordi de mente samarbeid med BUP ville føre til merarbeid i en hektisk hverdag med altfor mange andre oppgaver. En av helsesykepleierne beskrev det slik:

*Hadde man hatt etablerte team der BUP var med, ville det vært en ressurs. Da hadde man hatt noen andre man kunne delt utfordringene med, så jeg tror det ville lettet på arbeidet. For mange tenker at det blir merarbeid av å ha samarbeid med andre, men jeg tror ikke det blir merarbeid. (D)*

Ett område av samarbeidet som alle informanter opplevde som verdifullt, var kompetanseutvikling gjennom kurs/seminarer arrangert av BUP. Denne positive holdningen ble formidlet slik av en helsesykepleier:

*Jeg tenker at BUP kunne bidratt mye i forhold til utdanning og kursing, som jeg savner. Det hadde vært bra og fått. Hvis de for eksempel hadde undervist om en diagnose eller en problemstilling. For eksempel via telematikk. (F)*

Også holdningen til samarbeid rundt tidlig intervensjon/forebyggende arbeid var positiv og samtlige informanter framhevet dette arbeidet som svært viktig:

*Det å samarbeide og ha god koordinering og lav terskel for instansene til å snakke med hverandre, tenker jeg er en viktig ting for å forebygge skeivutvikling. (A)*

#### **(4) Kontekstuelle faktorer**

Informantene beskrev flere utenforliggende faktorer som påvirket samarbeidet. Især to faktorer ble framhevet – den ene gjaldt politiske prioriteringer fra overordnet nivå og den andre gjaldt foreldres holdninger til samarbeid mellom BUP og Helsestasjonen.

##### **(4.1) Politiske prioriteringer**

De fleste informanter hadde opplevd at politiske prioriteringer og avgjørelser høyere opp i systemet ikke ga tilstrekkelige rammebetingelser for samarbeid. Dersom samarbeid med BUP hadde blitt pålagt dem fra kommuneledelsens side, hadde det vært lettere for helsestasjonen å prioritere samarbeidet mente de. Da MÅTTE man samarbeide. En informant forklarte det slik:

*Så tenker jeg at samarbeidet med BUP burde vært forankret politisk i kommunen siden det jo er politikerne som gjør prioriteringene. Da ville man hatt et vedtak å vise til i stedet for at man bare sier at «Det er viktig med samarbeid». (D)*



Også informantene fra BUP beskrev en situasjon der de politiske prioriteringene fra helseforetakets/statens side førte til knapphet på fagressurser og nedprioritering av samarbeidsmøter. Især gikk dette ut over samarbeid om forebyggende tiltak og tidlig intervensjon i den minste aldersgruppen:

*Forebyggende arbeid gir ikke tiltak. Fokuset er på aktivitet per ansatt. Så vi kan ikke jobbe forebyggende i den grad vi ønsker ... Jeg mener at satsningen vår bør være på forebygging! (C)*

#### **(4.2) Holdninger blant foreldre**

Informantene fra helsestasjonene opplevde dessuten at foreldre ofte kunne være skeptiske til å involvere BUP i oppfølgingen av deres barn, noe som i enkelte tilfeller forhindret at barnet fikk den hjelpen det trengte.

*Hvis barnet har et øre som er skjevt, så sier de: "Ja! Henvis meg dit så får jeg det ordnet.", men dersom det har noe å gjøre med psykiske vansker og vi spør dem: "Kanskje vi skal henvise til BUP?", da får jeg en negativ reaksjon: "BUP!?". Det er ikke så lett å si det til foreldrene at man ønsker å henvise dit. (B)*

### **3.3. Nøkkelpåkomponenter («Key Constituents») – Tabell 1**

I tabellen under (tabell 1) er alle nøkkelpåkomponentene samlet, og da med henvisning til informasjon gitt av hver enkelt informant. Informant A, B og C arbeidet ved BUP og Informant D, E og F arbeidet ved helsestasjonene.

|   | Informant A   | Informant B   | Informant C  | Informant D  | Informant E  | Informant F   |
|---|---|---|--|--|--|---|
| <b>(1) Organisering</b>                           |   |   |  |  |  |   |
| <b>(1.1) Koordinering og planlegging</b>          | <p>En koordinator er nødvendig for gode og regelmessige møter.</p> <p>Psykologer ansatt i delt stilling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten letter koordineringen og planleggingen av samarbeidet mellom tjenestenivåene.</p> <p>Planlagte samarbeidsmøter lang tid i forveien er viktig, men ikke i seg selv tilstrekkelig for at samarbeidet fungerer.</p> | <p>Manglende koordinering av samarbeidet mellom tjenestenivåene, fører til uklarhet rundt ansvarsforhold, og dermed et dårligere tilbud.</p> <p>Det blir bedre koordinering og planlegging av samarbeidet når psykolog jobber i delt stilling mellom BUP og kommunen.</p> <p>Koordinering og planlegging av samarbeidet rundt forebyggende tiltak er viktig – Samarbeid har blant annet blitt organisert som faste interkommunale fagdager med undervisning fra BUP og tverrfaglige diskusjoner – god erfaring med dette.</p> | <p>Viktig med et interkommunalt læringsnettverk som setter fokus på forebyggende tiltak for små barn, men dette krever koordinering og tydelig ansvarsfordeling for å lykkes.</p> <p>Positivt med faste, månedlige samarbeidsmøter som BUP organiserer.</p> <p>For at BUP skal kunne bidra til å øke kompetansen hos helsesykepleierne, trenger de å få vite på forhånd hvilke temaer de ønsker å få undervisning i. Viktig for planleggingen.</p> | <p>Når det ikke finnes en ansvarlig koordinator, eller plan for samarbeid, blir det ingen plattform hvor BUP kan bli invitert til samarbeid.</p> <p>Foreldre med psykiske vansker som venter barn, har behov for et tilbud hvor helsestasjonene og BUP legger plan for oppfølging allerede før barnet er født.</p> | <p>Om samarbeidsmøtene ikke skal bli glemt, er de avhengige av en person som har ansvaret for å legge en langsiktig møteplan og koordinere møtene.</p> <p>Samarbeidsmøter via SKYPE er et godt alternativ for deltakere som ikke kan møte personlig, men forutsetter en koordinator som tilrettelegger for og sikrer at teknisk utstyr fungerer.</p> <p>Bruk av telematikk krever at utstyret er riktig satt opp, og man har fått opplæring i hvordan det skal brukes.</p> | <p>Samarbeid med kommune-psykologer som også er ansatt i spesialisthelsetjenesten, letter koordineringen av samarbeidet mellom nivåene.</p> <p>I koordineringen og planleggingen av samarbeidsmøtene må man unngå møtekollisjoner. Ofte kan ikke helsesykepleier møte pga. deltakelse i andre møter.</p> <p>SKYPEmøter har ofte tekniske problemer som oppleves frustrerende og svekker motivasjonen – er en hemsko for samarbeidet</p> |
| <b>(1.2) Informasjonsutveksling/kommunikasjon</b> |   | Ikke lagt tilstrekkelig til rette for informasjonsutveksling mellom fastlegen og helsesykepleier ved henvisning til BUP. Dette hindrer helsesykepleierens oppfølging av barna.  |  | Helsesykepleierne mangler ofte informasjon fra BUP som er nødvendige for å følge opp barna.  | Det kreves god informasjonsflyt mellom tjenestenivåene for at bekymringsfulle forhold rundt et barn kan bli fulgt opp tidligst mulig.  | Det er vanskelig for helsesykepleieren å gi god oppfølging, på grunn av for dårlig kommunikasjon mellom tjenestenivåene.  |
|   |   |   |  |  | Tidligst mulig oppfølging av sårbare barn er avhengig av en lav terskel for å kontakte BUP.  | Helsesykepleierne mangler informasjon om hvordan de skal kontakte spesialisthelsetjenesten for å få råd og veiledning i saker.  |

|   |   |  |  |   |   |  |
|---|---|--|--|---|---|--|
| <b>(1.3)<br/>Møteinnhold og -struktur</b> | For at samarbeidsmøtene skal være hensiktsmessige, må antallet deltakere ikke være for stort. |  | På grunn av manglende samarbeid mellom de kommunale instansene, ender samarbeidsmøtene med BUP opp som et ineffektivt diskusjonsforum.<br><br>De instansene som jobber med barn til daglig, som helsestasjonen, har størst nytte av å delta på egne samarbeidsmøter med BUP når det gjelder tidlig intervensjon. | Samarbeidsmøtene er for store og uten god møtestruktur. Bare de som trengs i teamet bør være med. | Deltakende instanser som er med på samarbeidsmøtene bør variere alt etter behovet til pasientene. |  |
|---|---|--|--|---|---|--|

## (2) Ressurser

|                              |  |   |   |  |   |   |
|------------------------------|--|---|---|--|---|---|
| <b>(2.1)<br/>Økonomi</b>     | Det er kostbart å møte opp personlig på samarbeidsmøter når det er så lange reiseveier.  | Grunnet manglende økonomiske ressurser kan ikke terapeutene fra BUP reise på samarbeidsmøter med helsestasjonene i alle opptakskommunene.   | Opplever at helsesykepleieren i kommunen har for lite økonomiske ressurser til samarbeidsmøter.                         |  | I Finnmark er det dyrt å møte på samarbeidsmøter på grunn av de store geografiske avstandene.                       | Det er for dyrt å sende ansatte fra Helsestasjonene på kurs langt unna. Ønsker derfor at BUP kan arrangere kurs i nærområdet. |
| <b>(2.2)<br/>Fagpersoner</b> | Det er få helsesykepleiere i kommunen slik at oppmøte på samarbeidsmøtene blir begrenset.                                      | Det er unødvendig bruk av ressurser at fire personer fra sped- og småbarnsteamet deltar på et møte for å veilede én helsesykepleier.<br><br>Spesialisthelsetjenesten har ikke kunnet arrangere fagdager grunnet manglende kapasitet blant sine ansatte. | Få helsesykepleiere fra kommunene møter opp på samarbeidsmøtene, fordi helsestasjonen ikke har tilstrekkelig bemanning. | Ustabil og begrenset bemannings-situasjon fører til at samarbeidsmøtene med BUP ikke blir prioritert.<br><br>Sped- og småbarnsteamet bidrar med flere terapeuter til samarbeidsmøtene, mens det er få fra helsestasjonen som deltar. | Det er unødvendig ressurskrevende at et helt team fra spesialisthelsetjenesten veileder en enkelt helsesykepleier.  |   |
| <b>(2.3)<br/>Tid</b>         | Erfaringen er at helsesykepleierne ikke har tid til å delta på samarbeidsmøter med BUP.<br><br>Ettersom BUP-SANKS har et stort | Opplever at helsesykepleierne er presset for tid i en arbeidshverdag med et mangfold av tidkrevende oppgaver.   | Kan ikke bruke den tiden vi ønsket på forebyggende arbeid fordi dette ikke gir inntekt.                                 |  | Store avstander gjør det tidkrevende å møte opp personlig på samarbeidsmøter i Finnmark – fører til lav deltakelse. |   |

|  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|
|  | geografisk opptaksområde, er et likeverdig tilbud for samarbeid tidkrevende. | BUP er presset på tid til samarbeid på grunn av tidsfrister og produksjonskrav. |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|

### (3) Holdninger

|  |  |   |   |  |  |  |
|--|--|---|---|--|--|--|
|  | <p>Å forebygge sykdom hos små barn, krever tverrfaglige samarbeidsgrupper på tvers av nivåer som har et felles fokus.</p> <p>BUP synes det er viktig å samarbeide med helsestasjonene, og prioriterer derfor å være lett tilgjengelig for dem.</p> <p>Positivt med samarbeid – flere instanser i kommunen har behov for veiledning fra BUP, både helsestasjonen og andre.</p> <p>Samarbeid mellom BUP og helsestasjonen er viktig, fordi koordinert hjelp kan hindre at barns plager utvikler seg.</p> | <p>BUP setter fokus på forebyggende tiltak med å arrangere fagdager for de ansatte på helsestasjonene, slik at de har en felles forståelse når de samarbeider.</p> <p>Helsesykepleierne har begrenset undervisning om barns psykiske utvikling fra egen utdanning. Det er derfor positivt med veiledning fra BUP.</p> | <p>Opplever et større fokus nå en tidligere når det kommer til samarbeid på tvers av nivåene for å komme til med forebyggende tiltak.</p> <p>BUP ønsker å samarbeide med helsesykepleierne fordi de har mye kontakt og oversikt over barna i kommunen.</p> <p>Samarbeidsmøtene med helsestasjonene gjør at barn kan henvises til BUP tidlig, noe som vil kunne hindre uheldig utvikling hos barnet.</p> | <p>Forebygging og tidlig innsats er avhengig av å kunne jobbe sammen i team på tvers av nivåer.</p> <p>Opplever at det er en holdning blant noen helsesykepleiere at samarbeid med BUP vil føre til merarbeid.</p> <p>Opplever at BUP står på sidelinjen, men har et ønske om å samarbeide med helsestasjonen.</p> | <p>Undervisningen og veiledningen fra BUP er en berikelse som gir motivasjon i hverdagen på helsestasjonen.</p> <p>Opplever at undervisning fra BUP, bland annet er med på å gjøre en dyktig på forebyggende arbeid.</p> <p>Ved å jobbe sammen med BUP kan barnet få tidlig behandling, og slippe å trenge mer omfattende behandling senere i livet.</p> | <p>Helsesykepleierne har behov for kompetansehevende tiltak. Kursing og undervisning fra BUP er derfor positivt.</p> |
|--|--|---|---|--|--|--|

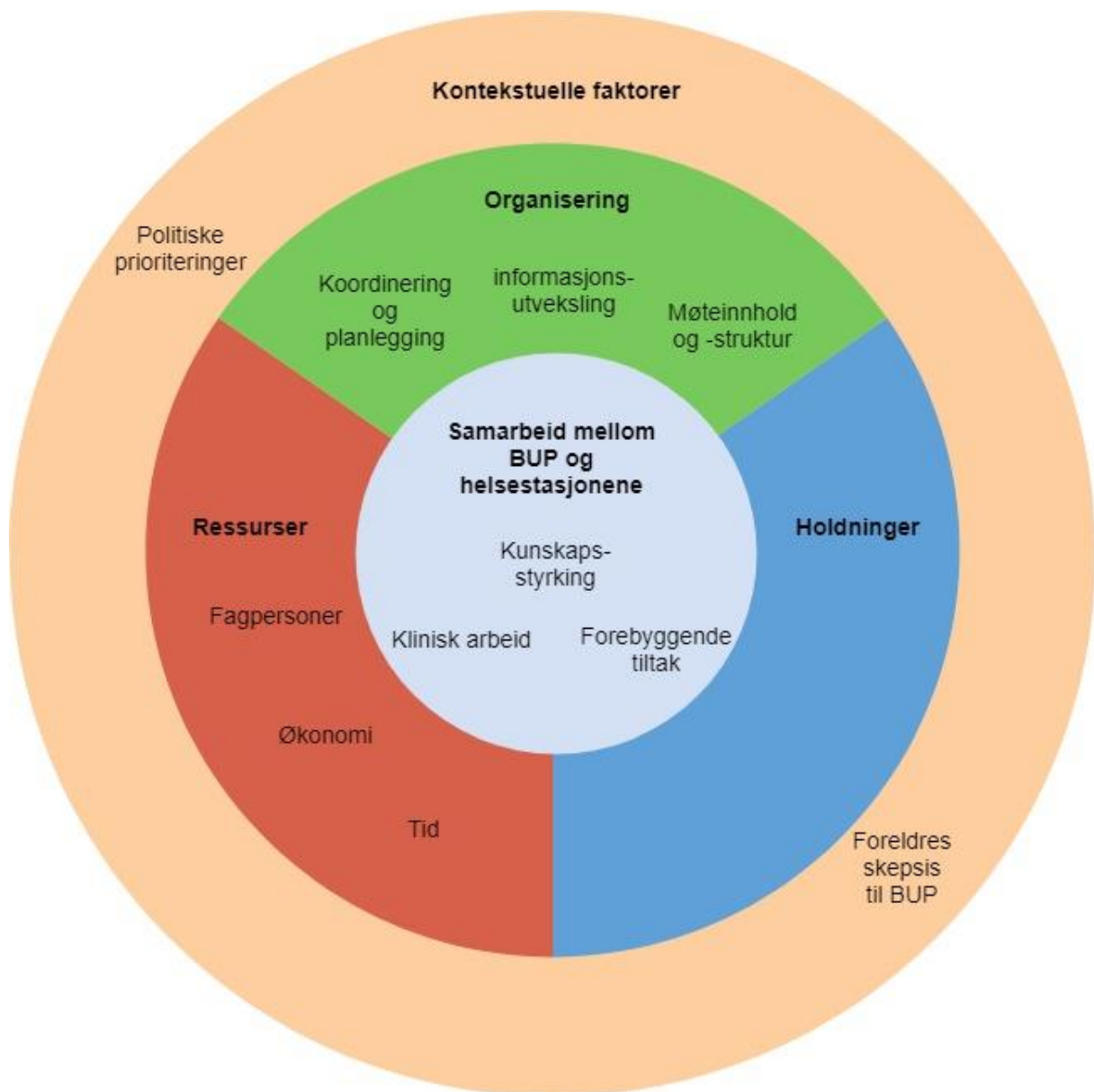
### (4) Kontekstuelle faktorer

|                                       |  |   |   |  |  |  |
|---------------------------------------|--|---|---|--|--|--|
| <b>(4.1) Politiske prioriteringer</b> | <p>Kommuneledelsen forstår ikke viktigheten av å prioritere ressurser til helsestasjonene slik at de har ressurser til å samarbeide med BUP.</p> | <p>Den økonomiske modellen til helseforetakene gjør at BUP må bruke sin tid på pasient-konsultasjoner for å få inntjening, og får derfor ikke tilstrekkelig mulighet til å drive med forebyggende arbeid.</p> | <p>Politikernes prioriteringer legger først og fremst til rette for å drive med pasient-konsultasjoner, ikke forebyggende tiltak for de minste.</p> | <p>Det er politikerne som gjør prioriteringer, og de ser ikke at det er viktig å gjøre tiltak som sikrer samarbeid mellom BUP og helsestasjonen.</p> <p>Kommuneledelsen bør være pådrivere til samarbeid, og bør pålegge</p> |  |  |
|---------------------------------------|--|---|---|--|--|--|

|  |  |   |  |  |   |  |
|--|--|---|--|--|---|--|
|  |  |   |  | helsesykepleierne å delta i samarbeidsmøter med BUP – bør være obligatorisk frammøte.          |   |  |
| <b>(4.2)<br/>Foreldres skepsis til psykisk helsevern</b> |  | Foreldre er ofte kritiske til å involvere BUP i oppfølgingen av barnet deres, og dette kan vanskeliggjøre et samarbeid. |  | Noen foreldre har vært kritiske til å opprette samarbeidsgruppe for deres barn der BUP er med. | Foreldre i samiske områder ønsket ikke å delta på gruppebasert foreldreveiledning som tilbys fra helsestasjonen og BUP. | Foreldre er ofte skeptiske til å koble inn ansvarsgruppe der andre etater, slik som BUP, er med. |

### 3.4. Generell struktur (General Structure) – Figur 2

Resultatene fra vår studie kan visualiseres i en egen figur – se Figur 2. En slik sammenfatning som viser den generelle strukturen i det fenomenet man studerer, er ofte benyttet i kvantitative studier ad modum Giorgi. Når det gjelder figuren, skal det bemerkes at vi her ikke har vurdert hvor mye de enkelte nøkkelkomponentene («Key Constituents») influerer på samarbeidet, slik at alle komponentene er gitt like mye plass.



## 4. Diskusjon

### 4.1. Viktige funn

Gjennom intervjuene beskrev informantene et gjennomgående stort behov, både hos dem selv og pasientene, for bedre og mer effektivt samarbeid mellom BUP og helsestasjonen. De var særlig opptatte av mangler og barrierer som sto i veien for samarbeidet. Det var i hovedsak tre forskjellige områder det ble samarbeid på: *kompetanseutvikling, klinisk arbeid rundt pasienter og forebyggende tiltak*. De viktigste sidene ved samarbeidet som kom fram i intervjuene var *organisering, ressurser og holdninger*. Samtlige informanter var opptatt av organiseringen av samarbeidsmøtene, inkludert problemene som de store avstandene i Finnmark førte til, knappheten på fagfolk, tid og penger og av fagfolkenes holdninger til det å samarbeide - faktorer som de opplevde var viktig for at tiltak skulle bli gjennomført. Videre hadde de erfart at mer utenforliggende, kontekstuelle faktorer, slik som de politiske prioriteringene på overordnet nivå og foreldres holdninger til psykiatrien, la viktige premisser for samarbeidet.

### 4.2. Diskusjon av funnene

#### 4.2.1. utfordringer i samarbeidet

Informantenes opplevelser av manglene rundt samarbeidet er for det meste også nevnt som utfordringer i Samhandlingsreformen (1). Utfordringer som nevnes der er blant annet fragmenterte tjenester og liten forebyggende innsats. Når det gjelder anbefalte tiltak noe også informantene i denne studien beskrev, nevner den: styrking av økonomiske insentiver, etablering av tverrfaglige team, kunnskapsoverføring mellom nivåene, forpliktelse til samarbeid, planlegging og evaluering av behov og effekt av tiltak, lavterskel tilbud, ny teknologi som forenkler samarbeidet (eks. telematikk/SKYPE) og tilgjengelighet til veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

#### 4.2.2. Samarbeidsmøtene

*Samhandlingsreformen* nevner samarbeidsgrupper med deltakere fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som en viktig plattform for kunnskapsoverføring mellom nivåene. Det vil styrke kompetansen og gi pasienter oppfølging som er mer kontinuerlig og av bedre faglig kvalitet. Et eksempel på en slik plattform er nettopp samarbeidsmøtene som arrangeres mellom sped- og småbarnsteamet til BUP og helsesykepleierne fra helsestasjonene i kommunene.

Tverrfaglige møter som disse er som regel en sentral del av et tverrfaglig samarbeid. I tillegg til innhold og struktur er de avhengige av mellommenneskelige faktorer. I denne studien opplevde flere informanter at når samarbeidsmøtene ble for store, gjorde det møtene ineffektive og lite hensiktsmessige. En slutning vi derfor kan trekke av studien, er at samarbeidsmøtene bør holdes så små som mulig og da kun med de etatene som er naturlig å ha med i den saken som skal tas opp. Andre internasjonale studier støtter dette (30-32). Det har vist seg at kravene til koordinering, risiko for kommunikasjonsvansker og risiko for konflikter øker i takt med antall deltakere. Dette hindrer gruppens handlekraft, evne til å yte pasienthjelp og vil kunne skade mellommenneskelige relasjoner (32-34). Gruppestørrelsen kan imidlertid heller ikke være for liten (jfr. eksempelet som en av informantene våre ga, om møter som ble holdt hvor hele BUP sped- og småbarnsteamet møtte opp, men kun én helsesykepleier fra helsestasjonene). Forskning har vist at det må være en balanse i antall medlemmer som sikrer at gruppen kollektivt har den erfaringen og kunnskapen som trengs for de oppgavene som de skal håndtere (31, 32), og videre må møtedeltakerne som deltar i samarbeidet ikke være statisk, men kunne tilpasses hver enkelt utfordring/sak. Det er gjort studier som har analysert en rekke forskjellige faktorer som har innvirkning på gruppers samarbeidsevne. To av disse er: *felles forståelse for målet med møtene og effekten av et godt miljø for arbeidet* (30-34). Erfaringene til informantene i vår studie, var at når gruppen hadde en felles forståelse av hensikten med samarbeidsmøtet og var enige om arbeidsfordelingen, så førte dette til positive erfaringer fra samarbeidet. Greer et al. (34) undersøkte hvilken effekt hierarkisk struktur hadde på samarbeid. Grupper med behov for koordinering hadde bedre ytelse dersom det var en leder som styrte hver enkelt person sine kunnskaper og evner mot ett bestemt mål. Dette er i tråd med hva informantene i vår studie opplevde. Nemlig at det var nødvendig at en person hadde en ledende eller koordinerende



rolle og kunne fordele ansvaret, for at samarbeidsmøtene skulle fungere godt over tid. Det tyder på at en hierarkisk struktur, slik nevnt i artikkelen til Greer et al. (34), vil være en bra modell for samarbeid mellom BUP og helsestasjonene. En hierarkisk struktur kan imidlertid også ha negative sider, fordi det kan gi en mer ustabil gruppedynamikk som fører til større risiko for konflikt. Resultatene av en slik lederrolle er ikke entydige (34). Belling et al. (35) beskriver lederrollen som en kritisk viktig komponent for å skape miljøet som trengs for å holde en gruppe samlet. De understreker at det er få som har utdanning for denne typen ledelse, og at det bør legges til rette for at personer med interesse for å jobbe med koordinering bør få muligheten til å utvikle evnene som trengs. Betydningen av en slik utdanning kom også fram i vår studie gjennom to informanter som fortalte om en helsesykepleier med videreutdanning i tverrfaglig arbeid som eksempel på en dyktig koordinator. Møtene hun koordinerte og arrangerte, ble beskrevet som gode og handlekraftige.

#### **4.2.3. Informasjonsflyt mellom tjenestenivåer**

Mangel på informasjonsflyt mellom nivåene var en kilde til frustrasjon. Især var manglende informasjonsflyt fra spesialisthelsetjenesten til helsestasjonene opplevd som frustrerende for helsesykepleierne. De opplevde at de sjelden fikk tilstrekkelig informasjon fra BUP, og ble da tvunget til å bruke barnets foreldre som informasjonskilde når de skulle lage videre plan for oppfølging. Risikoen for at foreldre glemmer eller har misforstått informasjon kan være stor, og foreldre er derfor en usikker informasjonskilde. Det eksisterer allerede elektroniske systemer som gir spesialisthelsetjenesten mulighet til å sende informasjon til de forskjellige instansene i kommunen. Dette brukes per i dag for å sende informasjon til barnets fastlege (henvisende instans), men det bør vurderes om dette i større grad kan brukes til å sende informasjonen også til helsestasjonen når helsestasjonen skal delta i oppfølgingen av pasienten etter utskrivningen. I så tilfelle må det utarbeides tydelige retningslinjer for hvilken informasjon som skal sendes, for ikke å komme i konflikt med *Helsepersonelloven §25 om Opplysninger til samarbeidende helsepersonell*. Mulige løsninger er enten at BUP får skriftlig godkjenning fra foreldrene til at de kan sende epikrisen også til helsestasjonen, eller alternativt at fastlegen, som mottar epikrisen, videresender den til helsestasjonen etter samtykke fra foreldrene.

#### **4.2.4. Økonomiske insentiver**

Ifølge Samhandlingsreformen er en av årsakene til manglende samhandling for dårlige økonomiske insentiver (1). Samarbeid med andre instanser lønner seg dårligere, økonomisk sett, enn det å fokusere på egne prestasjoner i pasientbehandlingen. Ut fra dette er det logisk at samhandling bør være inntektsbringende på lik linje med direkte pasientarbeid. Informantene i denne studien la stor vekt på dette, både da de snakket om *informasjonsutveksling, koordinering/planlegging og politisk prioritering*.

#### **4.2.5. Forebyggende arbeid**

Mangel på bevilgede ressurser ble av informantene opplevd som en begrensende faktor også for forebyggende arbeid. Det var bare ressurser nok til å behandle de akutte og synlig tilstandene. Resultatet ble at pasienter som kunne vært behandlet tidlig i det kommunale helseapparatet ikke ble oppdaget, barna utviklet mer komplekse problemer, og måtte ha mer avansert og spesialisert hjelp. I Samhandlingsreformen er det skissert at i 2030 vil potensielt hver tredje psykiatriske sengeplass bestå av pasienter med lidelser som kunne ha vært forhindret eller behandlet på kommunalt nivå (1). Med mer vekt på tidlig intervensjon, kunne for eksempel helsesykepleiere bruke mer av sin tid på å veilede foreldre om barns emosjonelle utvikling, noe som kunne ført til avlastning av spesialisthelsetjenestens kliniske arbeid fordi barna da i mindre grad ville utviklet tilknytningsforstyrrelser og stemningslidelser. I likhet med pasientarbeidet, burde derfor forebyggende arbeid gjøres lønnsomt for de som driver slikt arbeid, det være seg BUP eller helsestasjonen. En av informantene mente at effekten av forebyggende arbeid måtte forskes mer på for å kunne kvantifisere effekten, noe som ville ha gitt et vitenskapelig grunnlag til å bevilge de nødvendige ressurser. Slik forskning har allerede vært gjort internasjonalt, blant annet av *Community Preventive Services Task Force (CPSTF)* som i 2015 kunne påvise i en systematisk gjennomgangsstudie: *Health Equity: Center-Based Early Childhood Education*, at undervisning rettet mot førskolebarn og som fokuserte på å styrke barns kognitive og sosial utvikling, hadde en økonomisk returratio på 1:4,2 fra et samfunnsperspektiv. Det vil si at for hver krone som ble brukt på forebyggende tiltak ble 4,2 kroner returnert gjennom blant annet færre sykepenger og mer arbeidskraft senere i livet (36). Videre presenterte RAND

Corporation i 2017 en rapport, *Investing Early*, med kost-nytte-analyse (benefit-cost-analysis BCA) av forskjellige typer forebyggende tiltak, blant annet førskoleundervisning, hjemmebesøk og foreldreopplæring. Resultatet var at for de fleste tiltakene var det en økonomisk returratio på mellom 1:2 og 1:4 sett fra et samfunnsperspektiv (37).

#### **4.2.6. Behovet for et utviklet fagmiljø og bruk av AVT (Audio-VideoTechnology)**

Ettersom Finnmark er et stort geografisk område med lav befolkningstetthet, er det for noen yrkesgrupper lite eller ingen fagmiljø der de bor. I denne studien opplevde helsesykepleierne et savn etter et fagmiljø hvor de kunne dele erfaringene sine med kollegaer, og få veiledning og undervisning fra andre. De store avstandene gjør også at det er svært tidkrevende å delta på samarbeidsmøter med BUP ved personlig oppmøte. Heldigvis bidrar teknologiske løsninger, som AVT til at geografiske avstander ikke lenger er samme hinderet som tidligere. Aller et al. (38) viser i sin studie at når spesialist- og primærhelsetjenesten bruker videokonferanser for å diskutere pasientcaser, fører det til raskere diagnostisering og færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. De rapporterer også en læringseffekt som gjør tjenesteyterne i primærhelsetjenesten bedre rustet til å håndtere lignende pasientcaser på egenhånd senere. Kunnskapsstyrkingen som deltakerne får gjennom å samarbeide på tvers av nivåer, har vist seg å være en av de viktigste motivatorene for å delta i tverrfaglig samarbeid (38). Dette samsvarer med funnene i vår studie.

Uheldigvis opplevde informantene våre, i likhet med informantene i Aller et al. studien, at manglende tid til deltakelse, tekniske feil og kollisjoner av timeplaner var barrierer for å delta på slike samarbeidsmøter (38). Problemet for helsesykepleierne med å måtte dekke vitale helsestasjonsfunksjoner, som vaksinerings og faste sped- og småbarns kontroller. Var at de ikke fikk mulighet til å prioritere samarbeidsmøter, og dette syntes å være den største barrieren. I tillegg var noen helsesykepleiere negative til å tilpasse egne timeplaner og rutiner for å delta i samarbeid med BUP som de også mente ville gi dem merarbeid. Større vilje til fleksibilitet hos helsesykepleierne til å endre faste rutiner, ville ha gitt styrket muligheten for samarbeid.

Et stort problem med bruk av teknologi var at den ofte sviktet. Den teknologiske løsningen må derfor gjennomgå intensiv testing, og deltakerne bør få grundig opplæring i bruken.

Nettbasert samarbeidsfora/fagnettverk og nettundervisning er fortsatt lite brukt innen helsesektoren og har begge et stort utviklingspotensial.

### **4.3. Styrker og svakheter**

Fra tidligere hadde jeg begrenset erfaring med innsamling av informasjon via dybdeintervjuer og ingen erfaring i bruk av fenomenologiske analysemetode. Dette har kunnet påvirke både effektiviteten av gjennomføringen og resultatet i oppgaven. Imidlertid har jeg gjennom hele studien hatt tett kontakt med min veileder. Vi har hver for oss gått gjennom dataene, for så å drøfte dem sammen.

En svakhet ved dybdeintervjuer er at svarene som informantene gir kan være påvirket av kjemien mellom intervjuer og informanten. God kjemi kan være avgjørende for å få ærlige og detaljerte svar (27). Man kan ikke se bort fra at slike faktorer har gjort seg gjeldende i denne studien også. Imidlertid opplevde jeg en avslappet og trygg stemning under alle intervjuene og beskrivelsene de ga av sine erfaringer, var detaljerte og til tider følelseladete.

En annen faktor som kan ha spilt inn, er den språklige og kulturelle forskjellen mellom meg som forsker og informantene. Jeg er etnisk norsk, med norsk kulturell og språklig bakgrunn, og har ikke mye kompetanse på samisk språk og kultur. Derfor foregikk intervjuene på norsk, selv om flere av informantene hadde samisk som sitt morsmål. Det kan være at dette kan ha påvirket deres evne til å uttrykke sine opplevelser slik de opprinnelig viste seg i deres bevissthet og verdifull informasjon ble kanskje ikke formidlet. Språklige misforståelser kan ha forekommet uten at jeg ble dem bevisst og nyanser kunne gått tapt. På den annen side hadde alle de samiske informantene vokst opp som tospråklige og snakket godt norsk.

De kvalitative dybdeintervjuene i denne undersøkelsen ga et innblikk i erfaringene til seks informanter og kan ikke generaliseres til en større befolkning slik en kvantitativ undersøkelse med et stort antall informanter ville kunne ha gjort. Antall informanter kan sies å være få også for en kvalitativ studie. Imidlertid er antall informanter i fenomenologiske studier ad modum Giorgi ofte svært få – ofte ikke mer enn 4-8. Antall informanter i vår studie ga

allikevel tilstrekkelig data til at vi kunne identifisere nøkkelfaktorer («key constituents») for samarbeidet. Beskrivelsene som informantene ga, samsvarte dessuten med resultater fra andre undersøkelser, både norske og internasjonale. Videre kan kvalitative studier som denne, ha verdi på den måten at den gir et grunnlag for å finne relevante problemstillinger til fremtidige større, kvantitative studier.

Ettersom dybdeintervjuene var åpne og ustrukturerte, var informasjonen som kom fram i hovedsak styrt av innfall i informantens bevissthet og ikke av strukturerte spørsmål fra intervjueren. Dette må sies å være en metodisk styrke da beskrivelsene av deres virkelighet kom direkte fra dem selv. Metoden førte samtidig til en stor mengde data som var meget tidkrevende å bearbeide og analysere. Det ga en mangfoldig beskrivelse av fenomenet vi ønsket å studere og viste sammenhenger som ikke umiddelbart var åpenbare.

Vi brukte i denne studien individuelle dybdeintervjuer for å undersøke samarbeidserfaringer. Det ville ha styrket validiteten av studien om vi i tillegg hadde brukt flere kvalitative metoder enn kun individuelle intervjuer, for eksempel deltakende observasjon («triangulering av metoder»). Til det var imidlertid tiden for knapp.

## 5. Oppsummering og sluttcommentar

Gjennom intervju av seks informanter fra BUP og helsestasjonene ble det identifisert tre hovedområder for samarbeid: *kunnskapsstyrking, klinisk arbeid og forebyggende tiltak*. Det ble identifisert tre nøkkelfaktorer som var særskilt viktige for samarbeidet: *organisering, ressurser, holdninger*. Det ble også identifisert *kontekstuelle faktorer* som indirekte påvirket samarbeidet.

Informantene viste en gjennomgående positiv holdning til å samarbeide. BUP og helsestasjonene opplevde at et større fagmiljø gir økt kompetanse som styrker kvaliteten av det kliniske arbeidet og gir nødvendig kunnskap for å drive forebyggende arbeid. Likevel mente både helsesykepleierne og terapeutene ved BUP at det per i dag ikke gis nok ressurser til helsestasjonene slik at de kan delta fullt ut i et slikt samarbeid.

Gjennom intervjuene av informantene er det tydelig at samarbeid ikke kommer av seg selv, men er avhengig av struktur med konkret arbeidsfordeling. Uten dette kommer samarbeid aldri i gang, eller det faller sammen. I tillegg til struktur og arbeidsfordeling er det tydelig at kompetanse for hvordan en bør samarbeide er viktig. Kunnskap om hva som har fungert og ikke fungert tidligere, samt anbefalte retningslinjer, finnes både i forskningslitteraturen og i nasjonale og internasjonale retningslinjer. Incentiver for å lære seg samarbeidskompetanse gjennom kurs eller annen opplæring har vist seg nyttig. Her kan utdanningsstipend med tilhørende bindingstid og undervisningsplikt være et av flere virkemidler. Å skape et fungerende system for samarbeid er avhengig av at det tas i bruk eksisterende veiledere og forskning, som gjennom evaluering tilpasses de lokale forholdene.

## Referanser

1. St. meld. nr. 47 (2008 - 09). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.
2. Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. *BMC Health Services Research* 2013; 13(1): 528.
3. Mitchell GK, Burrige L, Zhang J, et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Australian Journal of Primary Health* 2015; 21(4): 391–408.
4. Håland E, Røsstad T. Care pathways as boundary objects between primary and secondary care: Experiences from Norwegian home care services. *Health (London)* 2015; 19(6): 635–51.
5. St. meld. nr. 9 (1974 - 75). Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. Oslo: Sosialdepartementet, 1974.
6. Grunnstrukturen i helsetjenesten [Nettsted]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/> (hentet 03.06.2019).
7. Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, et al. Where next for integrated care organisations in the English NHS? London: The Nuffield Trust, 2010
8. Helsedepartementet, Barne- og Familiedepartementet, Justisdepartementet, et al. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Oslo; 2003.
9. Curry N, Ham C. Clinical and service integration The route to improved outcomes. *International Journal of Integrated Care* 2012; 12: e199.
10. WHO Regional Office for Europe Division of Health Systems and Public Health. Integrated care models: an overview Copenhagen, Danmark; 2016.
11. WHO Regional Office for Europe. ROADMAP Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region. Copenhagen, Danmark; 2013.
12. WHO Regional Office for Europe. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen, Danmark; 2013.
13. WHO Regional Office for Europe. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen, Danmark; 2016.
14. LOV-2011-06-24-30. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), sist endret LOV-2018-12-20-113. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
15. Prop. 15 S (2015–2016). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.
16. Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge. Arbeidsgruppe: Hdir, Udir, Avdir, Bufdir, IMDI og Politidirektoratet. Oslo; 2019.
17. Morgan AJ, Rapee RM, Salim A, et al. Internet-Delivered Parenting Program for Prevention and Early Intervention of Anxiety Problems in Young Children: Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2017; 56(5): 417-25.
18. Lucas JE, Richter LM, Daelmans B. Care for Child Development: an intervention in support of responsive caregiving and early child development. *Child: Care, Health and Development* 2017; 44(1): 41-9.

19. Mughal MK, Giallo R, Arnold PD, et al. Trajectories of maternal distress and risk of child developmental delays: Findings from the All Our Families (AOF) pregnancy cohort. *Journal of affective disorders* 2019; 248: 1-21.
20. Møller G. Kunnskapsgrunnlag – Metoder for tidlig identifisering av risiko hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.
21. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet* 2017; 389(10064): 103-18.
22. Sped- og småbarnsteamet ved BUP i Tromsø [Nettsted]. Tromsø: UNN Tromsø: <https://uit.no/Content/66036/Sped.pdf> (hentet 03.06.2019).
23. Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse [Nettsted]. Oslo: Bufdir; 2006: <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00000417> (hentet 30.04.2019).
24. Sped- og småbarnsteam i Abup [Nettsted]. Agder: Abup; 2017: <http://www.abup.no/sped-smabarnsteam-abup/> (hentet 30.04.2019).
25. Sped- og småbarnsenheten Et tilbud til barn i alderen 0-3 år og deres familier [Nettsted]. Stavanger: Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helsevern-barn-unge-og-rusavhengige/bupa/sped-og-smabarn-enheten#les-mer-om-sped--og-sm%C3%A5barnsenheten> (hentet 03.06.2019).
26. Johannessen A, Tuft PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskaplige metode, 4 ed. Oslo: Abstrakt; 2011.
27. Aksel T. Kvalitative forskningsmetoder i praksis, 1. ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2010.
28. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju, 2. ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
29. Giorgi A, Giorgi B, Morley J. The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *The Sage Handbook of Qualitative Research In Psychology*: Sage, 2017: 176-92.
30. Thylefors I, Persson O, Hellström D. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 2005; 19(2): 102-14.
31. Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, et al. The Role of Perceived Team Effectiveness in Improving Chronic Illness Care. *Medical Care* 2004; 42(11): 1040-8.
32. Wellsa R, Jinnettb K, Alexanderc J, et al. Team leadership and patient outcomes in US psychiatric treatment settings. *Social Science & Medicine* 2006; 62(8): 1840-52.
33. Leach B, Morgan P, Strand de Oliveira J, et al. Primary care multidisciplinary teams in practice: a qualitative study. *BMC Family Practice* 2017; 18(1): 115.
34. Greer LL, Jong BA, Schouten ME, et al. Why and When Hierarchy Impacts Team Effectiveness: A Meta-Analytic Integration. *Journal of Applied Psychology* 2018; 103(6): 591-613.
35. Belling R, Whittock M, McLaren S, et al. Achieving Continuity of Care: Facilitators and Barriers in Community Mental Health Teams. *Implementation Science* 2011; 6: 23.
36. Health Equity: Center-Based Early Childhood Education [Nettsted]. Atlanta: The Community Guide: <https://www.thecommunityguide.org/findings/promoting-health-equity-through-education-programs-and-policies-center-based-early-childhood> (hentet 03.08.2019).



37. Cannon JS, Kilburn MR, Karoly LA, et al. Investing Early Taking Stock of Outcomes and Economic Returns from Early Childhood Programs, Report No. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2017.
38. Aller M-B, Vargas I, Coderch J, et al. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. BMC Health Services Research 2017; 17(1): 842.

# Vedlegg 1

## Forespørsel om deltakelse i studie.

### Bakgrunn og formål

Studien gjøres som mastergradsoppgave som en del av medisin profesjonsstudiet ved UiT – Norges arktiske universitet. Studien gjøres i samarbeid med SANKS – Samisk nasjonalt Kompetansesenter – Psykisk Helsevern og Rus.

Formålet med studien er å få bedre kjennskap til hva som skal til for å få et effektivt samarbeid mellom SANKS og Helsestasjonene med tanke på å forebygge og behandle psykiske plager hos de yngste barna mellom 0-5 år.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer at man stiller til et intervju på ca. en time. Intervjuet vil foregå en til en. Intervjuet vil ha fokus på de erfaringene du har hatt med et slikt samarbeid, hva var bra, hva kunne vært bedre, hva som manglet og hva er nytten. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, for så å skrives ned for å enklere kunne analyseres.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og brukt som beskrevet i formålet med studien. Kun prosjektgruppen, bestående av legestudent Fredrik Haug Loholt ved UiT og veileder, overlege og 1. amanuensis Cecilie Jávo ved SANKS / UiT vil ha tilgang til opplysningene. All informasjon vil anonymiseres. Alle opplysninger og opptak vil slettes etter innlevering av masteroppgaven, senest 15. juni 2019.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på denne siden. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet umiddelbart.

Dersom du ønsker å delta, men har spørsmål om studien, ta kontakt med: Fredrik Haug Loholt, tlf 99 22 40 95, [mail: loholt.fredrik@gmail.com](mailto:loholt.fredrik@gmail.com). Du kan også kontakte veileder Cecilie Jávo, tlf 95 17 59 48, [mail: s-cecili@online.no](mailto:s-cecili@online.no).

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien, og er villig til å delta

Dato

Navn

-----  
(Signert av prosjektdeltakeren)

# Vedlegg 2



## Vedlegg 1: VEILEDNINGSKONTRAKT FOR MASTEROPPGAVE MEDISIN

### VED DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

*Kontrakten leveres Seksjon for utdanningstjenester, Det helsevitenskapelige fakultet.*

#### 1 STUDENTENS PERSONALIA

Etternavn: **Loholt**  
Fornavn: **Fredrik Haug**  
Fødselsnummer (11 siffer): **021291 32909**  
Studieadresse: **Nedre Smørbukklia 9**  
Postnummer/-sted: **9010 Tromsø**  
Telefon: **99224095**

#### 2 AVTALEPERIODE

Avtalen gjelder fra **25.10.17** til **31.07.19**.

#### 3 VEILEDNING

*Angi hovedveileder og biveileder(e). En av veilederne må være fast vitenskapelig ansatt ved Det helsevitenskapelige fakultet. Hvis veileder planlegger å ha forskningstermin i kontraktperioden, skal studenten informeres om dette når prosjektbeskrivelsen utarbeides. Veileder er i samarbeid med enheten ansvarlig for å sikre studenten veiledning i hele kontraktperioden.*

Veileders navn og kontoradresse: **Javo, Anne Cecilie Overlege dr.med.  
SANKS/førstemanuensis IKM, SANKS POSTBOKS, 4 9530 KARASJOKK**

Veilederen skal:

- gi råd om formulering og avgrensing av tema og problemstilling
- drøfte og vurdere hypoteser og metoder
- gi hjelp til orientering i faglitteratur og datagrunnlag (bibliotek, arkiv, etc.)
- drøfte opplegg og gjennomføring av fremstillingen (disposisjon, språklig form, dokumentasjon etc.)

- holde seg orientert om progresjonen i masterstudentens arbeid, og vurdere den i forhold til prosjektplanen, drøfte resultater og tolkningen av disse
- gi studenten veiledning i forskningsetiske spørsmål knyttet til forskningsprosjektet

Studenten forplikter seg til å legge fram rapporter eller utkast til deler av oppgaven for veileder, samt i sitt arbeid å etterleve forskningsetiske prinsipper som gjelder for fagområdet.

Begge parter har krav på jevnlig kontakt og orientering under arbeidets gang.

#### 4 MASTEROPPGAVEN

Tittel: **Evaluering av samarbeid mellom BUP og helsestasjonene i samiske kommuner med tanke på forebygging og psykisk helse hos små barn.**

#### 5 RESSURSBRUK

Enhet prosjektet skal utføres ved: **FOU avdeling SANKS**  
Samarbeidspartnere av teknisk eller vitenskapelig art: **FOU avdelingen SANKS, Helsestasjonene i fem samiske kommuner**

#### 6 ENDRINGER/BRUDD PÅ KONTRAKTEN

Alle endringer i veiledningskontrakten underveis i studiet (endring av prosjekt, veileder, forlengelse av kontraktperiode og lignende) skal informeres om til Seksjon for forskningstjenester ved Det helsevitenskapelige fakultet.

Brudd på kontrakten skal behandles av Konfliktrådet ved det Helsevitenskapelige fakultet.

#### 7 UNDERSKRIFTER

*Undertegnede er kjent med ovenstående retningslinjer som legges til grunn for samarbeidet i den faglige veiledning. Det er både veileders og studentens ansvar at planen blir fulgt, både innholds- og framdriftsmessig.*

Sted/dato: *Tromsø 27.10.17* Underskrift: *Olav Cecilie Larsen*  
Veileder: .....  
Student: *Tromsø 27.10.17 Fredrik Loholt* .....