

Tverrfaglig samarbeid for å styrke ungdoms psykiske helse

En kvalitativ studie av Etat for barn og familie, Bergen kommune

Malin Schrøen Johansen



Masteroppgave

Masterprogram i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL- senteret

Det psykologiske fakultet

UNIVERSITET I BERGEN

Våren 2022

Forord

Jeg har alltid hatt en stor interesse for hva som skaper god psykisk helse, noe som la grunnlaget for denne oppgaven. Gjennom masterprogrammet ble jeg introdusert for helsefremmende arbeid i praksis, og det var noe som engasjerte meg. I denne masteroppgaven fikk jeg mulighet til å kombinere disse to for å utforske psykisk helsefremmende arbeid i kommunene. Etter et år med skriving har jeg lært mye, både faglig og om personlig, som jeg vil ta med meg videre.

Det er flere som har bidratt til denne masteroppgaven som jeg ønsker å takke. Takk til min veileder, Elisabeth Fosse, for konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Jeg vil også takke Trine Petersen for godt samarbeid og fine samtaler gjennom datainnsamlingen. Videre vil jeg takke venner og familie som har gitt tips og innspill i skriveprosessen og korrekturlest oppgaven. Jeg vil også gi en spesiell takk til Bodil, for uendelig mange kaffekopper, oppmuntrende ord og fine arbeidsdager på Alreken. Aller sist vil jeg takke de ti informantene fra Etat for barn og familie som delte av sine erfaringer og kunnskap, og gjorde denne studien mulig.

Malin Schrøen Johansen

Bergen, Mai 2022

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	II
INNHALDSFORTEGNELSE.....	III
SAMMENDRAG	V
ABSTRACT.....	VI
1 INTRODUKSJON	1
1.1 BERGEN KOMMUNE	4
1.1.2 <i>Etat for barn og familie</i>	4
1.2 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	6
2 TEORETISK RAMMEVERK.....	7
2.1 DET HELSEFREMMEDE PERSPEKTIVET PÅ HELSE.....	7
2.2 DET HELSEFREMMEDE PERSPEKTIVET PÅ PSYKISK HELSE.....	8
2.3 PÅVIRKNINGSFAKTORER FOR PSYKISK HELSE	9
2.4 TVERRFAGLIG SAMARBEID	11
2.4.1 <i>Samarbeid versus samordning</i>	11
2.4.2 <i>Samordning av tjenester til barn og unge</i>	12
2.4.3 <i>Suksesskriterier og hindringer for tverrfaglig samarbeid</i>	13
2.4.4 <i>Tverrfaglig samarbeid i møte med barn og unge</i>	15
3 LITTERATURGJENNOMGANG.....	17
3.1 LITTERATURSØK	17
3.2 HVORDAN FREMME GOD PSYKISK HELSE BLANT UNGDOM?	17
3.2.1 <i>Psykisk helsefremmende arbeid</i>	17
3.2.2 <i>Profesjonsperspektiver på psykisk helsefremmende arbeid</i>	18
3.2.3 <i>Ungdommers perspektiv på psykisk helsefremmende arbeid</i>	21
3.3 TVERRFAGLIG SAMARBEID	24
3.3.1 <i>Samløkalisering</i>	24
3.3.2 <i>Tverrfaglig samarbeid i tjenester til barn og unge</i>	25
3.4 SAMMENFATNING OG KUNNSKAPSHULL	29
4 HENSIKT, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	30
5 METODOLOGI	32
5.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING.....	32
5.2 FORSKNINGSDESIGN.....	33
5.2.1 <i>Kvalitativ tilnærming</i>	33
5.2.2 <i>Casestudie</i>	33
5.3 DATAINNSAMLING	34
5.3.1 <i>Utvalg</i>	35
5.3.2 <i>Rekruttering av deltagere</i>	35
5.3.3 <i>Kvalitativt forskningsintervju</i>	36
5.3.4 <i>Utvikling av intervjuguide</i>	37
5.3.5 <i>Forberedelser og gjennomføring av intervju</i>	37
5.4 BEARBEIDING AV DATAMATERIALET	38
5.4.1 <i>Transkribering av intervjuene</i>	38
5.4.2 <i>Oppbevaring av datamaterialet</i>	39

5.4.3	<i>Tematisk analyse</i>	40
5.5	KVALITETSSIKRING I FORSKNINGSPROSESSEN	43
5.5.1	<i>Gyldighet</i>	43
5.5.2	<i>Pålitelighet</i>	44
5.5.3	<i>Bekreftbarhet</i>	44
5.5.4	<i>Overførbarhet</i>	44
5.5.5	<i>Refleksivitet</i>	45
5.6	ETIKK I FORSKNINGSPROSESSEN	46
5.6.1	<i>Etiske godkjenninger</i>	46
5.6.2	<i>Informert samtykke</i>	46
5.6.3	<i>Konfidensialitet</i>	47
5.6.4	<i>Identifisering av casen i formidlingen av resultatene</i>	47
6	PRESENTASJON AV FUNN	48
6.1	INFORMANTENE	48
6.2	PSYKISK HELSE ER I FOKUS	48
6.3	HVORDAN NÅ UT TIL UNGDOMMENE MED TJENESTENE	50
6.4	STYRKE HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE INNSATS	55
6.5	ETATENS TVERRFAGLIGE SAMARBEID	58
6.6	SAMLOKALISERING	61
6.7	FREMMEDE OG HEMMENDE FAKTORER FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID	62
6.7.1	<i>Kjennskap</i>	62
6.7.2	<i>Felles samarbeidsplattformer</i>	63
6.7.3	<i>Respekt og åpenhet for hverandres kompetanse</i>	64
6.7.4	<i>Opplevd nytte og behov for samarbeid</i>	65
6.7.5	<i>Brukeren i sentrum</i>	66
6.8	STUDIENS HOVEDFUNN	67
7	DISKUSJON	69
7.1	Å FREMME PSYKISK HELSE BLANT UNGDOM – HVA MÅ TIL?	69
7.1.1	<i>En tjeneste tilpasset ungdommenes behov</i>	69
7.1.2	<i>Økt helsefremmende og forebyggende innsats</i>	73
7.2	ETATENS TVERRFAGLIG SAMARBEID SETT I LYS AV SAMORDNING	75
7.2.1	<i>Samlokaliseringens rolle i tverrfaglig samarbeid</i>	77
7.3	FREMMEDE OG HEMMENDE FAKTORER I TVERRFAGLIG SAMARBEID	79
7.4	SAMARBEID SOM EN NØDVENDIGHET	82
7.5	IMPLIKASJONER FOR HELSEFREMMEDE ARBEID	83
7.6	STUDIENS STYRKER OG BEGRENSNINGER	83
7.6.1	<i>Forskningsdesign</i>	83
7.6.2	<i>Utvvalg</i>	84
7.6.3	<i>Forskerrollen</i>	85
7.7	FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	85
8	AVSLUTNING	87

Sammendrag

Bakgrunn: Psykisk helse er utpekt som en folkehelseutfordring i norske kommuner. Innsats for å styrke ungdoms psykiske helse gjennom tverrfaglig samarbeid har de siste årene vært et fokusområde i det kommunale folkehelsearbeidet. Samtidig mangler kommunene kunnskap om hvordan de kan fremme ungdoms psykiske helse. Jeg ønsket å utforske tverrfaglig samarbeid rundt psykisk helse fra perspektivet til ansatte i Etat for barn og familie.

Hensikt: Å undersøke hvordan ansatte i Etat for barn og familie opplevde arbeidet med å fremme psykisk helse blant ungdom, med tverrfaglig samarbeid som hovedfokus. Studien vektla hvordan etatens tverrfaglige samarbeid fungerte, hvilke faktorer som fremmet og hemmet samarbeid, og hvordan dette påvirket tjenesteytelsen.

Metode: I studien ble det benyttet en kvalitativ tilnærming, med et casestudiedesign. Datamaterialet ble innhentet gjennom semi-strukturerte intervjuer med ti ansatte i Etat for barn og familie.

Resultater: Resultatene viste at etatens ansatte anså psykisk helsefremmende arbeid som essensielt i deres arbeid, men at tjenestene måtte tilpasses ungdommenes behov i større grad. Informantene oppfordret til økt helsefremmende innsats. Tverrfaglig samarbeid ble vurdert som nødvendig for å gi helhetlige tjenester til ungdom, men var preget av barrierer slik som profesjongrensener og etatsinndelinger. Utpekte forutsetninger for tverrfaglig samarbeid var kjennskap, felles samarbeidsplattformer, respekt, åpenhet og tillit, opplevd nytte og behov for samarbeid, og brukernes stemme.

Konklusjon: Tverrfaglig samarbeid er en sentral del av å styrke ungdoms psykiske helse, men det tjenestene må utvikles for å skape et tjenestetilbud som møter ungdommenes behov.

Nøkkelord: helsefremmende arbeid, psykisk helse, ungdom, tverrfaglig samarbeid

Abstract

Background: Mental health is a public health challenge for Norwegian municipalities. Efforts to strengthen the mental health of adolescents through interdisciplinary collaboration has been a priority in communal public health work in recent years. Simultaneously the municipalities lack knowledge of how to promote the mental health of adolescents. I wanted to explore interdisciplinary collaboration from the perspective of professionals working at “Etat for barn og familie”.

Objectives: to explore how professionals at “Etat for barn og familie” experienced promoting the mental health of adolescents, with a focus on interdisciplinary collaboration. The study emphasized the functioning of collaboration, barriers and facilitators and how this affected the services provided.

Methods: The study utilized a qualitative approach, with a case study design. The data was collected through semi-structured interviews with ten professionals from the municipal agency.

Results: The results demonstrated that the professionals viewed mental health promotion as an essential part of their work, but that services needed to be adjusted to adolescents needs to a greater extent. The informants encouraged increased health promoting efforts. Interdisciplinary collaboration was considered necessary to provide holistic services to adolescents, but was characterized by barriers like professional boundaries. Identified prerequisites for collaboration was: knowledge of each other, shared collaboration platforms, respect, openness, trust, perceived need and benefit of collaboration and the user perspective.

Conclusions: Interdisciplinary collaboration is a central part of strengthening the mental health of adolescents, but services need developing to create a service that meets their needs.

Keywords: health promotion, mental health, adolescents, interdisciplinary/interprofessional collaboration

1 Introduksjon

Politisk innsats for å fremme god psykisk helse blant barn og unge har vært økende de siste årene (Reneflot et al., 2018). Folkehelsemeldingen, *Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015)) fastslo at psykisk helse har blitt for lite vektlagt sammenlignet med fysisk helse, og at det psykiske folkehelsearbeidet skal styrkes fremover. Meldingen var også sentral i å løfte frem mestring, trivsel og livskvalitet som viktige deler av psykisk helse, og gikk forbi et tradisjonelt syn på psykisk helse som synonymt med fravær av psykiske plager og lidelser. Med det viste regjeringen at de positive aspektene ved psykisk helse må tillegges større vekt (Meld. St. 19 (2014-2015)). I folkehelsemeldingen *Gode liv i et trygt samfunn* ble det lovet at “Folkehelsearbeidet skal i større grad enn tidligere bidra til å fremme psykisk helse” (Meld. St. 19 (2018–2019)) Som et resultat var god psykisk helse hos barn og unge ett av fem overordnede mål i regjeringens strategi for god psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Strategien synliggjorde viktigheten av helsefremmende og forebyggende tiltak i folkehelsearbeidet, og i kommunenes psykiske helsetjenester spesielt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). I tillegg ble det fra 2016 til 2021 iverksatt en nasjonal strategi for ungdomshelsen, som vektla økt satsning på en helhetlig tilnærming til ungdoms psykiske helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Begge strategiene ble fulgt opp av en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse for perioden 2019 til 2024, som satt standarden for det fremtidige arbeidet med barn og unges psykiske helse (Prop. 121 St. (2018–2019)). Planen omfattet både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak som skulle bidra til å fremme god psykisk helse og livskvalitet, samt bygge et godt behandlingstilbud.

Den politiske satsningen har bakgrunn i at psykiske lidelser anses som en av de ti største folkehelseutfordringene i Norge i dag (Folkehelseinstituttet, 2019), og over halvparten av norske kommuner oppgir psykiske lidelser som deres aller største folkehelseutfordring (Riksrevisjonen, 2015). Den økte oppmerksomheten mot barn og unges psykiske helse har skjedd i takt med en tilsynelatende forverring i ungdoms psykiske helse. Undersøkelser har vist at majoriteten av norske ungdommer har gode oppvekstvilkår, god livskvalitet og helse (Bakken, 2020; Haug et al., 2020; Samdal et al., 2016). Samtidig har de siste tiårene vært

preget av en negativ utvikling hvor stadig flere ungdommer rapporterer om subjektive helseplager, spesielt unge jenter (Collishaw, 2015; Reneflot et al., 2018). Tall fra Ungdata viste en gradvis økning i selvrapporterte psykiske plager blant ungdom siden 2010 (Bakken, 2020). Økningen var mest fremtredende blant jentene, men så ut til å gjelde begge kjønn på både ungdomsskolen og videregående (Bakken, 2018). Forekomsten av psykiske lidelser blant ungdom er mer usikker, fordi det mangler nasjonale forekomststudier (Reneflot et al., 2018). Kartlegginger blant yngre barn har estimert forekomsten til omtrent 7 prosent (Heiervang et al., 2007; Wichstrøm et al., 2012). I aldersgruppen 15-17 år steg andelen jenter som har fått en diagnose av BUP steget fra 5 prosent i 2011 til 7 prosent i 2016 (Suren et al., 2018). Basert på data fra reseptregisteret har det også vært en betydelig økning i bruk av antidepressiva blant ungdom. For jenter i alderen 15-17 år har bruken nesten doblet seg fra 2010 til 2017 (Furu et al., 2018).

Psykiske plager og lidelser har betydelige konsekvenser for samfunnet målt i både utbredelse, økonomisk tap gjennom uføretrygd og sykefravær, sykdomskostnader, sykdomsbelastning og tapte arbeidsår (Major et al., 2011). I aldersgruppen 10-34 år er psykiske lidelser den dominerende årsaken til helsetap (Knudsen et al., 2017). Samtidig anslår Helsedirektoratet (2015) at psykiske lidelser koster samfunnet 280 milliarder kr hvert år. Psykiske plager og lidelser kan også få betydelige konsekvenser for individet. Blant ungdom har det blitt assosiert med å droppe ut av videregående skole (de Ridder et al., 2013; Evensen et al., 2016; Melkevik et al., 2016), dårligere akademiske resultater (Evensen, 2019) og lavere lønn som voksen (Evensen et al., 2016). Psykiske helseplager kan også påvirke yrkeskarriere i voksen alder, og har blitt knyttet til gjentatt og langvarig sykefravær (Knudsen et al., 2013).

Grunnlaget for befolkningens psykiske helse og livskvalitet legges tidlig i livet (Meld. St. 19 (2014-2015)). Psykiske lidelser oppstår ofte i barne- og ungdomsårene (Jones, 2013; Kessler et al., 2005), og de som opplever psykiske lidelser som barn har høyere sannsynlighet for å utvikle lidelser i voksen alder (Rutter et al., 2006). Samtidig kan god psykisk helse i barndommen legge grunnlaget for positiv utvikling og helse senere i livet (Meld. St. 19 (2014-2015)). Helse, derunder psykisk helse, kan ses som en hverdagsressurs som utgjør en stor del av et individs livskvalitet (WHO, 1986). Positiv psykisk helse har derfor en distinkt egenverdi og bidrar til individets velvære og livskvalitet. Det bidrar også til økt sosial

fungering og sosial kapital som gagnar samfunnet som helhet (Jané-Llopis et al., 2005). Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi og fremtredende fagperson innen psykisk helsearbeid omtaler psykisk helse som “landets viktigste ressurs” (Holte, u.å.). Det er derfor stor verdi i å fremme god psykisk helse tidlig i livsløpet. Nobelprisvinner i økonomi, James Heckman hevdet at desto tidligere man investerer i psykisk helse desto større samfunnsmessig utbytte gir det (Heckman, 2006).

Ifølge folkehelseloven er kommunene en nøkkelaktør i gjennomføringen av det forebyggende og helsefremmende arbeidet i Norge. Loven forplikter kommunene til å iverksette nødvendige tiltak for lokale folkehelseutfordringer (Folkehelseloven, 2012, §7). Kommunene har derfor et ansvar for å fremme god helse og trivsel blant barn og unge. Samtidig har rapporter vist at kommunenes innsats for å fremme barn og unges psykiske helse er mangelfull (Riksrevisjonen, 2015). Til tross for at psykiske lidelser blant barn og unge øker mangler kommunene kunnskap om hvordan de kan håndtere denne problematikken, og etterspør mer kunnskap om tiltak og verktøy som fungerer (Riksrevisjonen, 2015). I tillegg viste kartlegginger at det eksisterer for lite kunnskap om forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot barn og unges psykiske helse (Rørstad et al., 2019; Skogen, 2018). Forskningen som foreligger vektlegger negative aspekter ved psykisk helse, og i liten grad positive begrep slik som livskvalitet og trivsel. Ved å øke kunnskapen om hva som fremmer ungdoms psykiske helse er det mer sannsynlig at man kan lage gode tiltak og tjenester (Rørstad et al., 2019). I 2017 ble det derfor igangsatt en tiårig satsning for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2017). Program for folkehelsearbeid skal sørge for at kommunene øker sin kapasitet og kompetanse for å drive folkehelsearbeid, særlig innen psykisk helsefremmende og rusforebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2017).

Regjeringen har også vektlagt økt prioritering av god samhandling og koordinerte tjenester slik at barn, unge og deres familier får tilstrekkelig oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Et sentralt virkemiddel i regjeringens strategi var samarbeid mellom sektorer, slik som skole, barnehage og helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Ifølge Riksrevisjonen (2015) opplever flere kommuner det tverrsektorielle samarbeidet innen folkehelsearbeid som utfordrende. Barn og unge opplever også at tjenestene mangler koordinering og er fragmenterte (Prop. 121 St. (2018–2019)). Det

er derfor et nasjonalt krav at slikt samarbeid skal styrkes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

I denne oppgaven har jeg valgt å undersøke psykisk helsefremmende arbeid med ungdom som målgruppe. For å oppnå en bedre forståelse av hvordan en kommune jobber for å fremme god psykisk helse blant ungdom vil denne oppgaven belyse teamet fra perspektivet til ansatte i Bergen kommune. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Etat for barn og familie, som har ansvar for store deler av kommunens tjenester til barn og unge. Det vil være en særlig vektlegging av hvordan de ansatte opplever tverrfaglig samarbeid, hvilke faktorer de mener de fremmer og hemmer samarbeid og hvordan de opplever at det påvirker tjenestetilbudet. Det tverrfaglige samarbeidet vil ses i kontekst av å fremme psykisk helse blant ungdom. I det følgende vil jeg gi en beskrivelse av etatens oppbygning og virksomhet, som fungerer som en ramme for oppgaven.

1.1 Bergen Kommune

Fra og med 1. januar 2020 var det 356 kommuner i Norge (Kartverket, 2021). Kommunene leder den lokale implementeringen av folkehelseloven (Folkehelseloven, 2012, §4), og er ansvarlig for blant annet skole, barnehage, helse- og omsorgstjenester, sosiale tjenester, lokal planlegging, lokal transport og kultur (Meld. St. 12 (2011–2012)). Bergen kommune ligger i Vestland Fylke, og dekker et areal på omtrent 464 km² (Statistisk sentralbyrå, 2022b). Med i underkant av 287 000 innbyggere er det Norges nest mest folkerike kommune. Omtrent 74 500 av innbyggerne er mellom 0-22 år, og regnes som barn og unge (Statistisk sentralbyrå, 2021, 2022a). Bergen er en av få kommuner som har tatt i bruk en parlamentarisk styringsmodell, hvor makten fordeles mellom et bystyre og et byråd (Saxi et al., 2014). Kommunens tjenestetilbud til barn og unge er fordelt over fire byrådsområder: Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig, Byrådsavdeling for kultur, mangfold og likestilling, Byrådsavdeling for barnehage, skole og idrett og Byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet.

1.1.2 Etat for barn og familie

Etat for barn og familie er underordnet Byrådsavdeling for arbeid, sosial og bolig. Etaten tilbyr tjenester rettet mot barn, unge og deres familier (Bergen kommune, 2016). De har

ansvar for barnevernstjenesten og helsestasjon- og skolehelsetjenesten, som inkluderer helsestasjon for ungdom og svangerskapsomsorg. I tillegg styrer etaten Psykisk helse- og koordineringstjeneste for barn og unge (PHBU), Barnevernsvakten, Utekontakten og Oppfølgerenheten for vedtakspliktige tiltak for psykisk syke barn og unge. Tjenestene er fordelt over fire byområder, som hver består av én barnevernstjeneste og én barne- og familietjeneste, samt byomfattende enheter. Et sentralt område av etatens virke er å sikre god koordinering av tjenester til barn og unge (Bergen kommune, 2016). Figur som viser oppbygningen av Etat for barn og familie kan ses i vedlegg 1.

I 2016 ga etaten ut planen *Bergens barn, byens fremtid*, som er en felles ti-årsplan for barnevernet, helsestasjon- og skolehelsetjenesten og psykisk helsearbeid for barn og unge i Bergen (Bergen kommune, 2016). Planen skal gi retning i utviklingen av et helhetlig tjenestetilbud til barn og unge. I planen blir det identifisert fire hovedsatsningsområder for etaten: 1) tidlig innsats, 2) samordnet innsats, 3) åpenhet og deltagelse og 4) smart ressursbruk. Først og fremst skal etaten styrke deres helsefremmende og forebyggende arbeid ved å starte innsatsen tidlig og øke lavterskeltilbudene. Videre skal de arbeide for å forbedre samarbeidet mellom tjenestene og forhindre at de arbeider på hver sin kant. De ønsker også at barn og unges innspill skal påvirke utviklingen av tjenestetilbudet i større grad, og være sentrale samarbeidspartnere. Til slutt skal etaten gjøre det enklere å jobbe kunnskapsbasert for å sikre faglig kvalitet på arbeidet (Bergen kommune, 2016). Et av hovedgrepene i planen var opprettelsen av ressursentre for barn og unge, kalt Barne- og familiehjelpen. Barne- og familiehjelpen skal fungere som en forlengelse av helsestasjons- og skolehelsetjenesten og inkludere noen forebyggende tiltak som tidligere lå under barnevernstjenesten. Med andre ord skal tjenestene dreies mot større forebyggende kapasitet utenfor barnevernet og gjøre lavterskeltilbud mer tilgjengelig for barn og unge (Bergen kommune, 2016).

Gjennom årene har Etat for barn og familie gjennomgått flere omorganiseringer. Den nyligste skjedde i 2018, da åtte byområder ble redusert til fire. I den forbindelse har det blitt igangsatt en samlokalisering av følgende tjenester i hvert byområde: barnevernstjenesten, skolehelsetjenesten, helsestasjon, helsestasjon for ungdom, barne- og familiehjelpen og ergo/fysioterapitjenester for barn og unge. Tjenestene skal samlokaliseres i det som omtales

som “Familiens hus”, med formål om å gi et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til barn, unge og deres familier (Bergen kommune, 2016).

1.2 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av 8 kapitler. I kapittel en ble det gjort rede for bakgrunnen for studien. I kapittel to vil jeg presentere det konseptuelle rammeverket som oppgaven bygger på, noe som inkluderer en helsefremmende tilnærming til helse og psykisk helse, samt perspektiver på tverrfaglig samarbeid. Videre i kapittel tre vil det gjøres rede for hvordan litteratursøk ble utført og eksisterende forskning på feltet vil presenteres. Det vil også utpekes kunnskapshull som denne studien ønsker å adressere. Kapittel fire presenterer hensikten med inneværende studie og de utvalgte forskningsspørsmålene. I kapittel fem vil jeg beskrive de teoretiske og metodiske perspektivene i studien, og hvordan jeg har gått frem i forskningsprosessen. I kapittel seks vil funnene av analysene presenteres, og de mest sentrale funnene vil diskuteres ut ifra det konseptuelle rammeverket og eksisterende litteratur i kapittel sju. Til slutt vil jeg i kapittel 8 oppsummere funnene og gi noen avsluttende refleksjoner.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenterer jeg det teoretiske rammeverket som brukes for å belyse hvordan Etat for barn og familie jobber med å fremme ungdoms psykiske helse. Grunnleggende for rammeverket er hvordan helse og psykisk helse forstås ut fra et helsefremmende og ressursorientert perspektiv. I tillegg vil jeg bruke en videreutvikling av Whitehead og Dahlgrens helsedeterminant modell for å visualisere de ulike påvirkningsfaktorene for psykisk helse. Modellen kan bidra til å forstå hvilke arenaer som påvirker psykisk helse, og illustrere hvordan etaten jobber innenfor disse områdene. Videre vil jeg presentere forståelsen av tverrfaglig samarbeid som oppgaven bygger på, med særlig vekt på suksesskriterier og hindringer for tverrfaglig samarbeid. Med bakgrunn i oppgavens tematikk vil det gjøres rede for tverrfaglig samarbeid spesielt rettet mot barn og unge i en kommunesetting. Avslutningsvis presenteres kort hvilken påvirkning tverrfaglig samarbeid har på barn og unges tjenestetilbud. Selv om oppgaven tar utgangspunkt i ungdom som målgruppe vil det teoretiske rammeverket inkludere litteratur som omtaler både barn, unge og ungdom.

2.1 Det helsefremmende perspektivet på helse

Det eksisterer en rekke ulike forståelser av helsebegrepet, og dermed ingen entydige beskrivelser av hva helse er. Uten anerkjennelse av begrepets omstridte betydning og de påfølgende implikasjonene vil det være utfordrende å iverksette helsefremmende strategier (Green et al., 2019, s. 10). I vesten er en tradisjonell forståelse av helse basert på den biomedisinske modellen, hvor helse likestilles med fravær av sykdom (Naidoo & Wills, 2016, s. 6). Denne tilnærmingen kan beskrives som reduksjonistisk og mekanistisk ved at den ser kroppen som en maskin som kan reduseres til mer håndterbare deler (Naidoo & Wills, 2016, s. 7). Samtidig trekker den biomedisinske modellen et skarpt skille mellom det fysiske og det mentale. Tilnærmingens sterke fokus på hva som gjør folk syke har medført en vektlegging av risikofaktorer, diagnoser og behandlingsmetoder (Naidoo & Wills, 2016, s. 7). En slik forståelse av helse har begrenset verdi i det helsefremmende arbeidet, da den ikke tar høyde for de bredere sosiale og miljømessige faktorene som påvirker helse, og subjektive opplevelser av egen helse. Dominansen av et sykdomsfokus gir også begrenset rom for å fremme mer positive aspekter av helse (Naidoo & Wills, 2016, s. 15). I WHO's konstitusjon ble helse definert som "A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (1948, s. 1). Definisjonen gir større vekt til de

psykososiale aspektene ved helse og fastslår at helse er mer enn fravær av sykdom. De positive aspektene ved helse får også større betydning enn i det tradisjonelle synet, fordi det vektlegges at helse er en opplevelse av velvære. Samtidig har definisjonen blitt kritisert for å definere helse som "komplett" velvære, som kan ses som både uoppnåelig og diffust (Huber et al., 2011). Likevel var den banebrytende i sin holistiske oppfatning av helse og anerkjennelse av velvære som en sentral del av helsebegrepet (Green et al., 2019, s. 10).

I 1984 gikk WHO bort fra å definere helse som en tilstand, og presenterte en mer dynamisk definisjon. De definerte helse som:

"...the extent to which an individual or group is able to realize aspirations and satisfy needs and to change or cope with the environment. Health is a resource for everyday life, not the objective of living; it is a positive concept, emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities." (1984, s. 4)

Definisjonen, som ble videre sementert i Ottawa-charteret (WHO, 1986), går bort fra å se helse som et mål i seg selv. Helse blir sett som en ressurs eller et verktøy for å håndtere livet og oppnå andre mål (Green et al., 2019, s. 13). Det blir også eksplisitt uttrykt at helse er et positivt konsept, noe som markerer et tydelig skille fra tidligere patogene definisjoner. Denne oppgaven er basert på et helsefremmende perspektiv, og ønsker derfor å bruke en positiv forståelse av helse. Forståelsen av helse som en ressurs vil derfor være førende for oppgaven.

2.2 Det helsefremmende perspektivet på psykisk helse

I likhet med helsebegrepet som helhet har psykisk helse vært preget av et gjennomgående sykdomsfokus. Psykisk helse har derfor tradisjonelt blitt omtalt som ensbetydende med fravær av psykiske plager og lidelser (WHO, 2002). Med bakgrunn i det helsefremmende perspektivet har det oppstått økende interesse for *positiv* psykisk helse, hvor psykisk helse ses som en ressurs med verdi uavhengig av psykisk sykdom (Barry, 2009). Positiv psykisk helse har blitt omtalt som positive emosjoner slik som lykke og subjektivt velvære, et personlighetstrekk med ressurser som selvtillit og resiliens, eller evnen til å håndtere stress og motgang (WHO, 2004). WHO (2001) oppfordret til en omdefinering av psykisk helse basert på et positivt perspektiv på psykisk helse. De definerer psykisk helse som:

“... a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community” (WHO, 2005, s. 2).

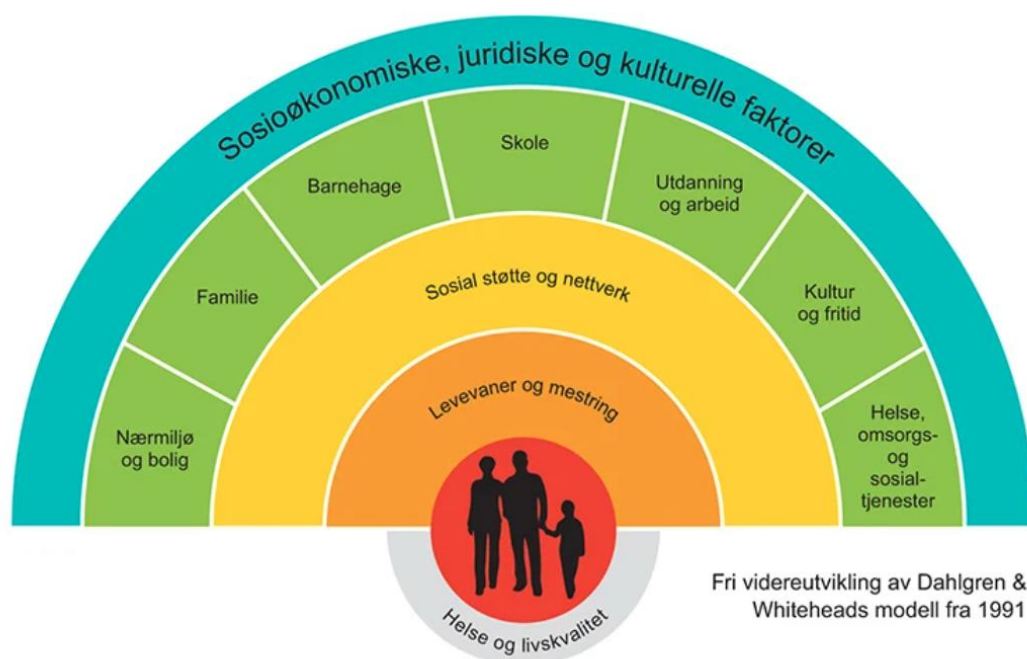
Definisjonen innarbeider deler av andre beskrivelser og inkluderer psykologiske, emosjonelle, sosiale, spirituelle og intellektuelle aspekter ved psykisk helse (Barry, 2009). Positiv psykisk helse kan dermed ses som en ressurs som danner grunnlaget for individets fungering og velvære. Det gjør individet i stand til å oppfatte, tolke og tilpasse seg omgivelsene, og ha betydningsfulle sosiale relasjoner med andre (WHO, 2005). Den positive vridningen i definisjonen av psykisk helse har tydelige koblinger til positiv psykologi (Kobau et al., 2011). Her blir også psykisk helse distansert fra et patologisk utgangspunkt, og sett mer som en ressurs i form av psykologiske evner og egenskaper som skaper velvære (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Videre formidler WHO (2004) et tydelig budskap om at det er ingen helse uten psykisk helse. Med andre ord er psykisk helse en integrert del av helse som ikke kan ses bort i fra. Denne oppgaven tar utgangspunkt i en forståelse av psykisk helse som en ressurs som har verdi uavhengig av sykdom og lidelser, i tråd med WHO sin definisjon.

2.3 Påvirkningsfaktorer for psykisk helse

Det helsefremmende perspektivet bygger på en økologisk forståelse av helse (Mittelmark, 2012, s. 12). Et økologisk syn anerkjenner at helse skapes på ulike nivå, og blir påvirket av samspillet mellom individuelle og miljømessige faktorer. En slik tilnærming til helse ser derfor forbi individet, og miljøets påvirkningskraft tas i betraktning (Mittelmark, 2012, s. 12). En av de mest fremtredende økologiske forklaringsmodellene er Dahlgren og Whiteheads helsedeterminant modell (1991). For å forstå utviklingen av psykisk helse spesifikt, vil denne oppgaven benytte en omarbeidet versjon av Dahlgren og Whiteheads modell som vektlegger psykisk helse (Figur 1). Modellen er tilpasset ut ifra kjente påvirkningsfaktorer for psykisk helse og trivsel, og blir benyttet i Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter (Meld. St. 19 (2014-2015)). Den opprinnelige modellen vektlegger faktorer slik som arbeidsmiljø, arbeidsledighet og bo- og leveforhold, mens den tilpassede modellen legger større vekt på de arenaene som er nærliggende ungdom slik som barnehage, skole og fritidstilbud. Da denne oppgaven tar utgangspunkt i ungdom og deres nærmiljø, ser jeg denne versjonen av modellen som mer passende å bruke.

Figur 1.

Sosiale helsedeterminanter for psykisk helse



Notat. Hentet fra Folkehelsemeldingen Mestring og Muligheter (Meld. St. 19 (2014-2015))

Både den opprinnelige modellen og tilpasningen gir en visuell representasjon av de sosiale helsedeterminantene, og hvordan de interagerer med hverandre (Dahlgren & Whitehead, 2021). Sosiale helsedeterminanter er ikke-medisinske faktorer som påvirker helsen (Braveman & Gottlieb, 2014). Det er de hverdagslige forholdene som folk bor, lever, leker og arbeider i (WHO, 2008). I modellen deles helsedeterminantene inn i ulike lag, som bygger på hverandre. Det ytterste laget består av de overordnede strukturene i samfunnet, som inkluderer de sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorene som omringer individet (Dahlgren & Whitehead, 1991). Det neste laget omfatter de materielle og sosiale forholdene som individet bor og lever i. I den tilpassede modellen for psykisk helse er noen slike forhold skole, barnehage, kultur og fritid og tilgang på helse- og sosiale tjenester. Det sosiale miljøet og relasjonene nærmest til individet utgjør det neste laget. Det er etterfulgt av individuelle valg av livsstil og erfaringer slik som mestring. Innerst i modellen ligger individets alder, kjønn og biologiske og genetiske faktorer, som også påvirker deres helse, men som man stort sett ikke har kontroll over (Dahlgren & Whitehead, 1991).

2.4 Tverrfaglig samarbeid

Modellen som har blitt presentert gir et helhetlig bilde på faktorene som påvirker helse, og dermed de mange ulike arenaene som kan bidra i arbeidet med å skape god helse i befolkningen (Dahlgren & Whitehead, 2021). Ifølge WHO (2008) krever helsefremmende arbeid koordinert innsats fra internasjonale og nasjonale aktører, nasjonale myndigheter, lokalsamfunn og den generelle befolkningen. Innsatsen må utvides utenfor helsesektorens rammer og omfatte samfunnet som helhet (WHO, 2008). En sentral strategi er tverrfaglig samarbeid. Glavin og Erdal (2018, s. 24) definerer tverrfaglig samarbeid som en arbeidsmåte som kjennetegnes av at “flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål”. Begrepet overlapper med tverrprofesjonelt, tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid, men de har noen distinkte forskjeller. Tverrprofesjonelt samarbeid er samarbeid mellom ulike profesjoner, tverretatlig samarbeid er samarbeid på tvers av etater, mens tverrsektorielt samarbeid er når samarbeidet krysser grensene mellom sektorer (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). I tråd med Glavin og Erdals forståelse vil jeg bruke begrepet tverrfaglig samarbeid som noe som både inkluderer samarbeid innad i etater, mellom etater og mellom sektorer.

Målet med tverrfaglig samarbeid er at den totale fagkompetansen som eksisterer tas i bruk i størst mulig grad og brukes til å skape en bedre helhet i tjenestene (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Ifølge Lauvås og Lauvås (2004, s. 45–46) er flerfaglighet en forutsetning for tverrfaglig samarbeid. Flerfaglighet kan beskrives som en prosess der representanter for ulike fag belyser en problemsstilling ut ifra deres faglige utgangspunkt og kunnskap, uten at disse representantene har direkte kontakt med hverandre (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 45–46). Samtidig er det tydelig at tverrfaglig samarbeid også forutsetter en felles kunnskapsutvikling i tillegg til flerfaglighet (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Det innebærer at hver enkelt yrkesgruppe deler deres fagkunnskaper og diskuterer deres syn med andre. Med andre ord krever tverrfaglig samarbeid en interaksjon mellom profesjoner (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53).

2.4.1 Samarbeid versus samordning

Et nærliggende begrep til samarbeid er samordning. Å trekke tydelige skiller mellom disse begrepene er komplisert, fordi de ofte brukes om hverandre (Axelsson & Axelsson, 2016, s.

252). Allikevel ser jeg det som relevant for denne oppgaven å separere dem. Lauvås og Lauvås (2004, s. 53) gjengir Knoff (1985) sin definisjon av samordning som: “en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre”. Samordning kan med andre ord ses som en koordinering av ulike tjenester som skal jobbe sammen (Lauvås & Lauvås, 2004, s.20). På den måten er samordning en prosess som styres fra toppen i en hierarkisk organisasjon (Axelsson og Axelsson, 2016, s. 252). Målet med samordning er at tjenestene skal utgjøre en større helhet sammen, enn hver for seg (Knoff, 1985, gjengitt i Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). I motsetning til samarbeid omfatter samordning strengere krav til forpliktelse og formalisering (Christiansen & Nordahl, 1993, s. 17). Samarbeid kan ses som noe mer enn samordning, og forutsetter en nærhet og relasjon mellom aktørene som skal samarbeide, samt vilje til å jobbe sammen (Axelsson & Axelsson, 2016, s. 252; Lauvås og Lauvås, 2004, s. 53).

2.4.2 Samordning av tjenester til barn og unge

Med hensikt om å skape bedre samarbeid og å oppnå økonomisk gevinst, har flere norske kommuner samordnet sine tjenester for barn og unge under egne oppvekstetater (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). Etableringen av en felles ledelse og eventuell samlokalisering har blitt sett som gunstig som samarbeidsklimaet. I tillegg har kommuner sett verdien av å geografisk samle tjenester slik som barnevern og PPT-tjenesten, på grunn av nærheten det skaper mellom tjenestene (Kinge, 2012, s. 245). Derfor har flere kommuner valgt å samlokalisere deres tjenester til barn og unge. Et eksempel på en slik samordningsmodell er familiesentre, ofte kalt ”Familiens hus”. Denne modellen fysisk samler tjenester til barn og unge med hensikt om å skape en mer tilgjengelig og åpen tjeneste for brukerne gjennom forbedret tverrfaglig samarbeid (Bulling & Berg, 2018; Kinge, 2012).

Selv om samordning kan være nyttig påpeker Glavin og Erdal (2018, s. 15) at det ikke nødvendigvis resulterer i bedre tverrfaglig samarbeid. Samarbeid krever også en vilje og innsats fra yrkesgruppene til å jobbe sammen (Glavin & Erdal, 2018, s. 15). Samordning forutsetter en viss grad av forpliktelse, noe som betyr at det utgjør en større trussel for hver enkelt enhets autonomi (Christiansen og Nordahl, 1993, s. 17). Når en kommune eller en etat går gjennom en omorganisering skjer det et skifte i styring og makt til en nyetablert samlende

enhet (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). Når enhetene må gi avkall på noe av sin autonomi kan det føre til at omorganiseringen møter motstand blant de ansatte. Ifølge Glavin og Erdal (2018, s. 25) vil det dermed ta tid før de ulike enhetene vil involvere andre i deres arbeid. For at hver ansatt skal følge eierskap til den nye organiseringen er det viktig at både de og lederne er involvert i prosessen (Glavin & Erdal, 2018, s. 25).

2.4.3 Suksesskriterier og hindringer for tverrfaglig samarbeid

Lauvås og Lauvås (2004, s. 17) påpeker at tverrfaglighet er nødvendig i dagens moderne samfunn, hvor spesialisering og sektorinndeling har blitt så omfattende at det blir vanskelig å danne et helhetlig bilde. Samtidig er det en arbeidsmåte som er vanskelig å få til å fungere, og ofte mislykkes (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 18). Glavin og Erdal (2018) har identifisert flere suksesskriterier og forutsetninger for å lykkes med tverrfaglig samarbeid, mens Skare (1996) har utpekt hindrende faktorer. Disse kan bidra til å forstå hvordan samarbeid fungerer i denne studien sett fra et teoretisk ståsted, og vil presenteres i det videre.

Såkalte uformelle samarbeid er utbredt i kommunene, men slike samarbeid avhenger ofte innsatsen til enkelte enheter og personer (Glavin & Erdal, 2018, s. 26). Velfungerende samarbeid vil kunne oppnås gjennom forpliktelse og forankring av samarbeidet i kommunens planer (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). Ifølge Glavin og Erdal (2018, s. 26) vil tverrfaglig samarbeid ha størst sannsynlighet for å lykkes hvis det både er satt i system og forankret i kommunens planer, samtidig som de involverte aktørene ser verdien av samarbeidet. Det er derfor essensielt at de ansatte deltar i samarbeidet og har en forståelse og eierskap til det (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Det må med andre ord både etableres en samarbeidsstruktur som skaper rammer for samarbeidet, samt et samarbeidsforhold mellom de ulike aktørene (Glavin & Erdal, s. 26). Videre fremhever Glavin og Erdal (2018, s. 36) at samarbeidet krever at alle “drar i samme retning”. Når ulike etater og profesjoner samles kan de ha forskjellige mål og prioriteringer for målgruppen som vanskeliggjør samarbeidet (Skare, 1996, s.179). For at samarbeidet skal fungere må de involverte kunne enes om hva de ønsker å oppnå gjennom samarbeidet og samles rundt et felles verdigrunnlag (Glavin & Erdal, 2018, s. 36). I den forbindelse fremheves en ledelse som støtter opp under arbeidet og er i stand til å samle de ansatte under felles mål og verdier som nødvendig (Glavin & Erdal, 2018, s. 35). Samtidig må de som deltar i et samarbeid være villige og i stand til å ta andres synspunkter, og se

verdien av andres bidrag (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Det krever en annerkjennelse av at man ikke alltid sitter på hele sannheten og evne til å ta selvkritikk. Glavin og Erdal beskriver det som at “det må være større vilje til å endre egen praksis enn til å leve med konflikt” (2018, s. 43). Kunnskap om andres arbeidsområder kan bidra til dette. Derfor burde samarbeidspartnerne ha kunnskap om ansvaret og arbeidet til de andre involverte, slik at de kan utnytte kompetansen til gruppen som helhet (Glavin & Erdal, 2018, s. 45).

Såkalte domenekonflikter kan oppstå hvis en etat eller avdeling opplever at et samarbeid truer deres domene, og de dermed verner om deres områder eller arbeidsoppgaver (Skare, 1996, s.179). Det vil være en hindring for samarbeidets utvikling. For at samarbeidet skal fungere er det derfor en forutsetning at alle aktørene opplever en nytteverdi av samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Aktørene må se andres erfaringer og kompetanse som en ressurs for deres eget arbeid, som tilføyer mer kompetanse. Det innebærer at gevinsten av samarbeidet må balanseres, slik at det eksisterer større fordeler av samarbeid enn selvstendig innsats. Hvis noen opplever at andre drar større nytte av samarbeidet enn de selv kan det skape misnøye (Glavin og Erdal, 2018, s. 41). Hvis ressurser er knappe kan det oppleves som at samarbeid går på bekostning av andre arbeidsoppgaver (Glavin & Erdal, 2018, s. 41) Videre er det viktig at aktørene ser samarbeid som nødvendig, det må derfor ha en funksjon utenom samarbeid i seg selv (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Hvis samarbeidsaktørene opplever at de er pålagt å samarbeide fra høyere hold, uten at de ser verdien av dette, kan det resultere i motstand. Deltagelse og medbestemmelse skaper et godt utgangspunkt for samarbeid (Glavin og Erdal, 2018, s. 41).

Samarbeid er også preget av relasjonene mellom samarbeidspartnerne. Derfor vil samarbeid dra nytte av at hver deltager opplever samarbeidsmiljøet som trygt (Glavin & Erdal, 2018, s. 44). Det forutsetter en åpenhet hvor negative og positive aspekter av samarbeidet kan uttrykkes slik at samarbeidet kan videreutvikles. Trygghet i samarbeid er også koblet til en gjensidig respekt for andre, hvor man lytter og verdsetter andres meninger og synspunkter, og tar det i betraktning når man uttrykker sine egne meninger. Med andre ord må man spille på hverandres styrker (Glavin & Erdal, 2018, s. 44). Profesjoner har ofte distinkte perspektiver og antagelser og som preger deres arbeid med brukere, som kan vike fra andre profesjoners oppfatninger. Det gjør at andre profesjoners kompetanse kan betviles eller ses som mindre verdt (Skare, 1996, s. 179). Uenigheter som oppstår er ikke i seg selv en hindring for

samarbeid, så lenge respekten bevares (Glavin & Erdal, 2018, p. 37). Hvis den enkelte føler seg respektert og trygg i samarbeidet, vil det kunne bygge tillit (Glavin & Erdal, 2018, s. 44). Tillit inkluderer troen på at andre har kompetanse til å håndtere en oppgave, men også en opplevelse av at andre gjengjelder dette. Særegne profesjonsinteresser i kombinasjon med lite kjennskap til andres tjenester kan gi grobunn for mistillit mellom aktører (Skare, 1996, s. 179).

Først og fremst krever samarbeid høy individuell fagkompetanse i form av hver deltagers kunnskap og ferdigheter til å gjennomføre sine arbeidsoppgaver (Glavin & Erdal, 2018, s. 62). Samtidig er utvikling og vedlikehold av samarbeidskompetanse en avgjørende faktor. Samarbeidskompetanse er evnen til å gjennomføre gode samarbeid, og kjennetegnes av kunnskap om andre fagområder, bevissthet rundt egen kompetanse, evne til å løse problemer, fleksibilitet og endringsvilje (Glavin & Erdal, 2018, s. 38). Utviklingen av slik kompetanse er en læringsprosess, og gjennom opplæring i kommunikasjon og samarbeid vil hver enkelt ha mulighet til å utvikle sin samarbeidskompetanse. Kommunen burde derfor ha opplæringsplaner både for den enkeltes faglige kompetanse, men også utvikling av kompetanse for tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 38).

2.4.4 Tverrfaglig samarbeid i møte med barn og unge

Glavin og Erdal (2018) retter søkelyset mot tverrfaglig samarbeid i arbeidet med barn og unge, og anser det som et verdifullt virkemiddel i kommunenes arbeid. Ut ifra det komplekse utfordringsbilde barn og unge møter i dag hevder de at det kreves en synergi av kunnskapen og kompetansen som hver enkelt instans besitter for å gi et helhetlig perspektiv på barn og unges behov (Glavin & Erdal, 2018, s. 21). Hver enkelt yrkesgruppe bidrar med sin kompetanse for å nå et felles mål, som for eksempel å fremme psykisk helse. Det er gjennom samarbeid, hvor ulike yrkesgrupper deler sine perspektiver og forståelse, at barn, unge og deres familier kan motta mest mulig helhetlig hjelp (Glavin & Erdal, 2018, s. 21). Det kan også bidra til å forbedre kvaliteten på tjenestene som barn og unge blir tilbudt gjennom økt kompetanse og kunnskap hos de ulike aktørene (Glavin & Erdal, 2018, s. 22). Det inkluderer kunnskap på eget fagområde og bevissthet rundt andres arbeidsoppgaver og roller. Det betyr ikke at yrkesskiller skal viskes ut, men at kompetansen disponeres på best mulig måte

(Glavin & Erdal, 2018, s. 23). Glavin og Erdal beskriver det slik: “Det handler ikke om at alle profesjoner bør bli like, men om å bruke alles kompetanse til barnets beste” (2018, s. 23).

Bedre samarbeid mellom de aktørene som jobber med barn og unge vil også kunne forbedre det totale oppvekstmiljøet. Arbeidet med barn og unges oppvekstmiljø er avhengig av en rekke ulike aktører og krever helhetlig planlegging (Glavin & Erdal, 2018, s. 20). I tillegg påpeker Glavin og Erdal (2018, s. 23) at både barn og unge selv og deres foreldre burde anses som ressurser som må utnyttes. De har en essensiell rolle i å sørge for at rett hjelp blir tilbudt til rett tidspunkt, da de selv har kunnskap om egen situasjon. Det betyr at behovene til barn, unge og deres familier har større verdi enn yrkesgruppens behov for å hjelpe (Glavin & Erdal, 2018, s. 23).

Selv om dårlig samarbeid har flere negative konsekvenser på arbeidsplassen, vil det være spesielt negativt for de som skal benytte seg av tjenestene (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 21). Manglende samarbeid kan gå utover tjenestenes evne til å jobbe helhetlig og koordinert. Som en følge av dette kan brukerne risikere å motta et mangelfullt tilbud som ikke oppfyller kravene til hjelp (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 21). Som nevnt er tverrfaglig samarbeid en arbeidsmetode for å oppnå et mål, ikke et mål i seg selv (Glavin & Erdal, 2018, s. 19). I følge Widmark og kollegaer (2011, s. 2) må tverrfaglig samarbeid ha en hensikt utover arbeidet mellom profesjoner. Samarbeidet må gange brukerne og deres behov. Med andre ord må det tverrfaglige samarbeidet være ”for” brukerne, hvis ikke kan det påvirke kvaliteten på tjenestetilbudet.

3 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet vil jeg presentere relevant faglitteratur på feltet, og plassere min egen oppgave innenfor det. Litteratur om psykisk helsefremmende arbeid og tverrfaglig samarbeid i kommunen vil vektlegges. Selv om denne studien vektlegger ungdom blir det i litteraturen ofte brukt mer generelle begrep slik som barn og unge. Det vil derfor refereres til både ungdom, barn og unge i litteraturgjennomgangen.

3.1 Litteratursøk

Litteratursøk ble gjennomført i forskningsdatabasene Oria, PsycINFO, Google Scholar og Cochrane Library. Eksempler på søkeord som ble benyttet var *mentalt health promotion*, *interprofessional collaboration*, *interdisciplinary collaboration*, *adolescents* og *municipality*. I Oria og Google Scholar ble det også brukt norske søkeord, slik som *tverrfaglig samarbeid*, *ungdom*, *psykisk helsefremmende arbeid*, *psykisk helse* og *kommune*. Psykisk helsefremmende arbeid og tverrfaglig samarbeid er svært brede forskningsområder, noe som resulterte i store mengder litteratur. Derfor valgte jeg å avgrense litteratursøket til en kommunesetting. Litteratursøket tok utgangspunkt i artikler fra Norge og resten av Norden, samt andre vestlige land, da disse landene har en tilnærmet kommunestruktur til den norske. Hensikten med dette var at funnene skulle være mest mulig overførbare til en norsk kommune kontekst. Søkene ble avgrenset til de siste 10 årene, og inkluderte kun norsk- og engelskspråklige artikler. Der det ble ansett som relevant ble eldre studier inkludert. Litteratur funnet gjennom litteraturlisten i andre artikler ble benyttet som et supplement til opprinnelige søk.

3.2 Hvordan fremme god psykisk helse blant ungdom?

3.2.1 Psykisk helsefremmende arbeid

I en europeisk kontekst er det begrenset kunnskap knyttet til implementeringen av effektive psykisk helsefremmende og forebyggende intervensjoner rettet mot ungdom (Kuosmanen et al., 2019). Kuosmanen og kollegaer (2019) beskrev det de oppfatter som et “gap mellom forskning og praksis” i implementeringen av evidensbaserte intervensjoner, og etterspurte mer kunnskap på feltet (Kuosmanen et al., 2019). Det er flere rapporter som har vist at også

norske kommuner møter utfordringer i hvordan de kan og burde fremme psykisk helse blant ungdom (Helgesen et al., 2017; Riksrevisjonen, 2015). Til tross for at psykisk helse er en uttalt samfunnsutfordring er det relativt få tiltak på feltet (Riksrevisjonen, 2015). Flere rapporter har indikert at kunnskapsgrunnlaget i det psykisk helsefremmende og forebyggende arbeidet i norske kommuner er mangelfullt, og det at det er behov for økt kunnskap om tiltak og verktøy som fungerer (Helgesen et al., 2017; Riksrevisjonen, 2015). I 2018 ga Folkehelseinstituttet ut en kunnskapsoversikt over forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot barn og unges psykiske helse (Skogen et al., 2018). Rapporten tok utgangspunkt i 15 systematiske litteraturoppsummeringer med totalt 500 enkeltstudier. Rapporten konkluderte med at det trengs kunnskapsutvikling om hvordan forebyggende og helsefremmende tiltak kan styrke den psykiske helsen blant unge. En overvekt av studiene undersøkte negative aspekter ved psykisk helse, mens et fåtall vektla et helsefremmende perspektiv på god psykisk helse, trivsel og livskvalitet. Samtidig var mesteparten av funnene tilknyttet skolen, og funn om andre områder slik som fritid og digitale arenaer var mer varierende. Forfatterne hevdet at det er behov for kunnskap om hvilke tiltak som fungerer, men også hvordan de kan tilpasses en norsk kontekst (Skogen et al., 2018). Rørstad og kollegaer (2019) underbygget at det foreligger lite forskning om forebyggende og helsefremmende tiltak for barn og ungdoms psykiske helse (Rørstad et al., 2019). Spesielt god psykisk helse, livskvalitet og trivsel ble trukket frem som et forskningssvakt område (Rørstad et al., 2019). Helgesen, Abebe og Schou (2017) avdekte også at flere kommuner opplever manglende kompetanse for å jobbe helsefremmende med psykisk helse, og at de trenger et kompetanseløft. Det har også blitt dokumentert som en utfordring tidligere. I en nylig rapport fra Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) ble det fastslått at de psykiske helsetjenestene til barn og unge møter utfordringer i forhold til kapasitet (Ukom, 2020).

3.2.2 Profesjonsperspektiver på psykisk helsefremmende arbeid

For å forstå hvordan man kan fremme god psykisk helse blant ungdom kan det være nyttig å se det fra perspektivet til ulike profesjoner. I litteraturen er helsesykepleieres betraktninger dominerende, noe som kan ha flere årsaker. Først og fremst har helsesykepleiere en fremtredende rolle i psykisk helsefremmende arbeid, og står i en unik posisjon til å identifisere utfordringer og starte tiltak tidlig (Smith & Bevan, 2020). Samtidig har skolesettingen vært en populær arena for psykisk helsefremmende tiltak (Carta et al., 2015).

Det kan antas at helsesykepleiernes erfaringer til en viss grad er overførbare til andre profesjoner. Siden helsesykepleiere jobber i skolehelsetjenesten, som i Bergen kommune er underlagt Etat for barn og familie, har deres perspektiv stor relevans for inneværende studie. Jeg vil også gi en oversikt over litteratur som tar for seg andre profesjonsperspektiver.

Flere studier har indikert at psykisk helsefremmende innsats har en sentral rolle i helsetjenester til ungdom (Anttila et al., 2020; Skundberg-Kletthagen & Moen, 2017). Skundberg-Kletthagen og Moen (2017) undersøkte hvordan helsesykepleiere erfarte og opplevde å jobbe med ungdom med psykiske plager. Spørreskjemadata ble innhentet fra totalt 284 helsesykepleiere fra norske kommuner. Funnene viste at helsesykepleiere anså psykisk helse som en grunnleggende del av deres arbeid og at de verdsatte å være tilgjengelig for ungdommer gjennom en “åpen dør” tilnærming. En finsk studie utforsket 21 helsesykepleieres erfaringer med psykisk helsefremming i en skolesetting (Anttila et al., 2020). De fant også at helsesykepleiere verdsatte arbeid for å fremme psykisk helse, og at de følte seg kompetente i den rollen. Helsesykepleierne i denne studien understreket også betydningen av lett tilgjengelige tjenester for ungdom. Forfatterne konkluderte med at flere evidensbaserte, lett tilgjengelige intervensjoner i skolen, som er rimelige og lite tidkrevende, vil være hensiktsmessig for å fremme psykisk helse (Anttila et al., 2020).

I litteraturen har det blitt identifisert flere faktorer som anses som nødvendig i det psykisk helsefremmende arbeidet rettet mot ungdom. I studien av Anttila og kollegaer (2020) ble det avdekt et behov for tilstrekkelige ressurser i skolehelsetjenesten, slik at de ansatte er i stand til å fange opp psykiske helseplager og bygge opp en tillitsfull relasjon med ungdommene. I en svensk studie (Hilli & Wasshede, 2017) hvor åtte sykepleiere ble intervjuet, ble en omsorgsrelasjon med ungdommene ansett som nødvendig for å fremme psykisk helse. Ifølge helsesykepleierne var det viktig å bygge en relasjon til ungdommene hvor de følte seg komfortable, i tillegg til å ha lavterskeltilbud hvor ungdommene kunne stikke innom uten forpliktelser. Hilli og Pedersen (2021), som fanget opplevelsene til svenske helsesykepleiere, fant også at en omsorgsfull relasjon med helsesykepleiere var viktig for helsefremmende arbeid blant ungdom. I denne studien vektla helsesykepleierne lavterskel tilbud, fleksibilitet, tidlig intervensjon, kontinuitet og godt samarbeid med skolens helsetjenester og foreldre som suksessfaktorer i helsefremmende arbeid. Lignende funn ble gjort av Larsson og kollegaer

(2014) gjennom intervjuer med 17 svenske helsesykepleiere. De fant at fleksibilitet, tillit hos elevene og tilgjengelighet kreves i helsefremmende arbeid i skolen.

Videre har flere studier vist at tverrfaglig samarbeid har en stor sentral rolle i psykisk helsefremmende arbeid, og helsesykepleiere har trukket frem godt samarbeid med skolens helsetjenester og foreldre som suksessfaktorer i helsefremmende arbeid (Hilli og Pedersen, 2021; Anttila, 2020). I studien av Larsson og kollegaer (2014) identifiserte helsesykepleiere et behov for mer og bedre samarbeid med kommunale tjenester og andre som jobber med folkehelseutfordringer. I Skundberg-Kletthagen og Moen (2017) sin studie av helsesykepleiere ble etableringen av tverrfaglig samarbeid vurdert som viktig. Samtidig har samarbeidene preg av barrierer slik som geografisk avstand og knapphet på ressurser. Også Hilli og Wasshede (2017) fant at helsesykepleiere opplevde samarbeid med andre aktører, slik som spesialisthelsetjenesten, som utfordrende.

Samtidig har forskning vist at psykisk helsefremmende innsats rettet mot ungdom preges av andre barrierer. Ifølge Hilli og Wasshede (2017) oppga helsesykepleiere at manglende tid og ressurser, samt utilstrekkelig kunnskap om psykisk helse forhindret helsefremmende tiltak. Manglende tid og ressurser ble også trukket frem som en hindring av Anttila og kollegaer (2020). Også helsesykepleierne i Skundberg-Kletthagen og Moen (2017) sin studie fortalte om manglende trygghet i egen kompetanse innen psykisk helsearbeid, og i tillegg etterspurte de bedre opplæring og arbeidsverktøy innenfor tematikken. En studie av Larsen og kollegaer (2016) ble helsesykepleiere og læreres samarbeid for å fremme ungdoms psykiske helse utforsket gjennom intervjuer med aktørene. Helsesykepleierne uttrykte at de ønsket å være tilgjengelig for ungdommene, men at andre faktorer som lite tid og ugunstig plassering av kontor hindret dette til en viss grad. Videre fortalte de at skolehelsetjenesten er ment å jobbe helsefremmende og forebyggende, men at de i realiteten drev mest med "brannslukking" (Larsen et al., 2016). I forbindelse med lite tid til helsefremmende innsats som følge av mer tidkrevende oppgaver, har helsesykepleiere etterspurt en økning eller reorganisering av ressurser for å muliggjøre den helsefremmende innsatsen som er beskrevet i politiske planer i større grad (Hilli og Pedersen, 2021).

I en studie av Savolainen og kollegaer (2020) ble psykisk helsefremmende arbeid utforsket gjennom synspunktene til 482 ansatte i 18 finske kommuner. De ulike profesjonene formidlet at de nåværende psykiske helsetjenestene ikke er adekvate. Under halvparten opplevde at tiltak ble satt i gang tidlig nok og at de psykiske helsetjenestene fungerte godt. Psykiske helsetjenester ble funnet å ha begrenset økonomiske ressurser, og kun 12 prosent mente de nåværende ressursene var tilstrekkelig (Savolainen et al., 2020). Lignende funn har blitt gjenspeilet av Beckman og Hellström (2021). De undersøkte psykisk helsefremming, og hvilke utfordringer tilknyttet dette arbeidet, sett fra perspektivet til ulike profesjoner som jobbet med ungdom. Profesjonene indikerte at ungdom har behov for økt kunnskap om psykisk helse, men at helseteamet på skolen, inkludert helsesykepleier, sosialarbeider og psykolog, ikke var tilgjengelige i den grad ungdommene hadde behov for. Forfatterne argumenterte for at den nåværende oppbygningen i tjenestetilbudet ikke er tilpasset ungdoms behov og preferanser i stor nok grad. Også de identifiserte vanskeligheter med samarbeid og utilstrekkelig tid og kunnskap til å jobbe helsefremmende (Beckman & Hellström, 2021). En finsk studie (Puolakka et al., 2011) utforsket tematikken fra synspunktene til ansatte i helsetjenesten, utdanningssystemet og sosialtjenesten. Profesjonene opplevde psykisk helsefremming og forebygging som viktig, men noe som ikke gis nok ressurser og oppmerksomhet, og de ansatte rapporterte om manglende kompetanse på området (Puolakka et al., 2011).

3.2.3 Ungdommers perspektiv på psykisk helsefremmende arbeid

Hva ungdommene anser som viktig i det psykisk helsefremmende arbeidet tilfører en ny dimensjon til forskningen, og flere studier har utforsket deres synspunkter. En svensk studie viste at ungdommer opplevde et skolebasert psykisk helseprogram som meningsfullt og nyttig, men at de ønsket et mer fremtredende helsefremmende perspektiv på psykisk helse (Garmy et al., 2015). Flere studier har også belyst hva ungdommer ønsker fra tjenestene. Johansson og Ehnfors (2006) gjennomførte fokusgruppeintervjuer med svenske 15-åringer, og fant at ungdommene anså tillit, ekthet, oppmerksomhet, respekt, tilgjengelighet og kontinuitet som essensielle faktorer i helsefremmende dialog med helsesykepleier. Lignende funn ble gjort av Hellström og Beckman (2021) gjennom fokusgruppeintervju med 22 ungdommer. De fant at ungdommene hadde behov for å bli sett og hørt av voksne og oppnå et tillitsforhold til ansatte i helsetjenestene. Også Ekornes (2020) fant at videregående elever synes profesjoners innsats for å bli kjent med dem og dele informasjon om deres tjenester var

noe av det viktigste i psykisk helsefremmende innsats. Ungdommene ønsket å bygge et tillitsforhold til de voksne, og at lærere og andre profesjoner skulle vise genuin interesse i deres liv. Ungdommene i Ekornes (2020) sin studie etterspurte også lett tilgang til tjenester. Tilgjengelighet ble beskrevet som både fysisk tilstedeværelse, men også tillit og trygghet i relasjonen til den ansatte. Tilgjengelighet, og konfidensialitet og pålitelighet har også blitt vist å påvirke unge gutters valg om å oppsøke skolehelsetjenesten (Granrud et al., 2020).

Identifisering av hva som gjør at ungdom oppsøker helsetjenester ved psykiske plager eller ikke kan gi verdifull innsikt i hvordan slike tjenester burde utvikles (Tharaldsen et al., 2017). Radez og kollegaer (2021) gjennomførte nylig en systematisk oppsummering av kvalitative og kvantitative funn om barn og unges bruk av helsetjenester ved psykiske problemer. Kunnskap om psykisk helse og holdninger til å søke hjelp var de hyppigst forekommende faktorene som påvirket oppsøking av hjelp. Et annet aspekt var sosiale faktorer, som for eksempel stigmatisering, mens det tredje aspektet var ungdommenes relasjon til tjenesteyterne og behovet for konfidensialitet. Den siste faktoren omhandlet strukturelle forhold, slik som tjenestenes tilgjengelighet og kostnader (Radez et al., 2021).

Manglende tilgjengelighet og kunnskap om tjenester har flere ganger blitt trukket frem som barrierer for å oppsøke helsetjenester (Ekornes, 2020; Hellström & Beckman, 2021). I en undersøkelse av finske ungdommers opplevelser med skolehelsetjenester ble det funnet at de fleste opplevde tjenestene som tilgjengelige, men 15 prosent av jenter og 11 prosent av gutter opplevde tilgangen som utilstrekkelig (Kivimäki et al., 2019). De ungdommene med størst problemer tilknyttet helse og velvære opplevde flere utfordringer enn andre med å få tilgang til tjenestene (Kivimäki et al., 2019). I perioden 2014 til 2018 innhentet Potrebny og kollegaer (2021) spørreskjemadata om psykiske plager og helsetjenestebruk fra 368 579 norske ungdommer. De fant en økning i både psykiske plager og bruk av helsetjenester, men en nedgang i oppsøking av hjelp blant ungdommer med alvorlige psykiske plager. Ifølge forfatterne kunne det tyde på tjenestene ikke møter behovene til ungdommer med høy forekomst av psykiske plager (Potrebny et al., 2021). Et nytt bidrag til litteraturen, som utforsket synet på psykiske helsetjenester fra irske ungdommer, viste at ungdommene manglet kunnskap om psykiske helsetjenester og hvordan de kunne kontakte de, samtidig som de hadde stigmatiserende oppfatninger av slike tjenester (Goodwin et al., 2022).

Stigmatisering og skam har tidligere blitt assosiert med oppsøking av helsetjenester (Hellström & Beckman, 2021; Tharaldsen et al., 2017). I en systematisk review av faktorer som påvirker oppsøking av helsehjelp for psykiske plager blant ungdom, ble negative holdninger til helsetjenestene og stigma utpekt som de største hindringene for å oppsøke hjelp (Velasco et al., 2020). Hellström og Beckman (2021) fant at svenske ungdommer opplevde skam og stigma knyttet til å søke hjelp for psykiske utfordringer, og ikke ønsket at det skulle være synlig for andre. Tilsvarende funn ble gjort i en norsk studie som fant at ungdom hadde begrenset kunnskap om ulike helsetjenester, og at stigma bidro til at enkelte ikke oppsøkte psykisk helsehjelp (Tharaldsen et al., 2017).

Litteraturen har tegnet et bilde av en forskjell i bruken av helsetjenester mellom gutter og jenter, og indikert at særlig unge gutter sliter med å oppsøke hjelp. Granrud (2020) intervjuet tolv unge gutter og fant at de vurderte besøk hos helsesykepleier som positivt, men opplevde flere barrierer tilknyttet å oppsøke tjenesten. Oppsøking av hjelp ble sett på som normbrytende med ideen om at gutter ikke snakker om problemene sine og som et “tegn på svakhet”. Sollesnes (2010) viste at hovedsakelig unge jenter tar i bruk helsestasjoner for ungdom, og at de opplever dette som et alternativt tilbud til å ta opp utfordringer opp med foreldre eller fastlege. De unge guttene i studien rapporterte en opplevelse av at slike tjenester kun var tilgjengelig for jenter. I en spørreundersøkelse utfylt av 1249 norske ungdommer viste Haavik og kollegaer (2019) at unge gutter hadde lavere sannsynlighet for å oppsøke helsehjelp ved psykiske helseplager enn unge jenter. I tillegg hadde unge jenter større kjennskap til tjenester slik som fastlege og helsestasjon og oppsøkte disse hyppigere enn guttene (Haavik et al., 2019).

I likhet med at forskning har utpekt barrierer for å oppsøke helsetjenester, har faktorer som fremmer oppsøking av slike tjenester blitt identifisert. I studien av Tharaldsen og kollegaer (2017) opplevde ungdommene at obligatoriske universelle programmer i skolen kunne redusere stigmatiseringen rundt psykisk helse. De rapporterte også at bruken av sosiale medier til å informere om helsetjenester kunne føre til at flere ungdommer oppsøkte hjelp (Tharaldsen et al., 2017). Tidligere positive erfaringer med helsetjenester, “mental health literacy” og gode relasjoner med tjenesteytere og andre har også blitt assosiert med hyppigere oppsøking av hjelp (Velasco et al. 2020). Videre fant Ekornes (2020) at ungdommer synes

det er enklere å henvende seg til tjenester når de kjenner til dem og deres ansatte. Utvidede helsetjenester så ut til å øke ungdommenes kunnskap om psykisk helse og gjorde tjenestene mer tilgjengelig (Ekornes, 2020).

3.3 Tverrfaglig samarbeid

3.3.1 Samlokalisering

I forskningslitteraturen er samlokalisering blitt assosiert med tverrfaglig samarbeid og samordning. I en oppsummering av funn ble samlokalisering av tjenester og både uformelle og formelle møter mellom tjenester ansett som positivt for tverrprofesjonelt samarbeid (Fukkink & Lalihatu, 2020). Videre ble samlokalisering utpekt som en avgjørende faktor for velfungerende samarbeid i evalueringen av prosjektet *Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge* (Windswold, 2011). Gjennom spørreundersøkelse og intervju med ansatte i flere kommuner kom det frem at samlokaliseringen hadde en positiv innvirkning på samarbeid. Bedre relasjoner mellom ansatte og lavere terskel for å ta kontakt med andre tjenester var noen utpekte fordeler. De som jobbet i tjenester som ikke var samlokaliserte rapporterte at de følte seg utelatt fra samarbeid (Windswold, 2011). I 2016 undersøkte Martinussen og kollegaer (2017) hvordan ansatte i en kommune opplevde samlingen av tjenester til barn og unge under en barne- og familie etat. Spørreskjema ble tildelt mellom 87 og 122 ansatte før og etter endringen. Funnene indikerte at den nye organiseringen gav en rekke gevinster i det tverrfaglige samarbeidet, slik som bedre lederskap, reduserte konflikter på arbeidsteden og et forbedret tjenestetilbud (Martinussen et al., 2017).

Rousseau (2017) undersøkte koblingen mellom tverrprofesjonelt samarbeid og samlokalisering i en australsk setting gjennom spørreskjemadata fra 104 ansatte innen helse og sosiale tjenester. I denne studien ble samlokalisering assosiert med positive holdninger til tverrprofesjonelt samarbeid, noe forfatterne mente kunne skyldes at samlokaliseringen fremmet utviklingen av en felles kultur og forståelse for hverandres arbeid. En annen australsk studie (Seaton et al., 2021) fant at “allierte helseprofesjoner”, inkludert fysioterapeuter, ergoterapeuter og kiropraktorer, rapporterte om høyere forekomst av

tverrprofesjonelt samarbeid når de var samlokalisert med andre profesjoner. Funnene indikerte at samlokalisering la til rette for tverrprofesjonelt samarbeid (Seaton et al., 2021).

Siden norske kommuner står fritt til å organisere deres tjenester til barn og unge slik de ønsker, og flere har valgt å samlokalisere tjenester til barn og unge under familiesentre. I 2006 ble det første forsøket på å etablere slike familiesentre i norske kommuner iverksatt (Haugland et al., 2006). I evalueringen kom det frem at ansatte i de samlokaliserte tjenestene opplevde at organiseringen skapte fleksibilitet og trygghet i tjenesten, og en opplevelse av fellesskap. I tillegg rapporterte brukerne om større tilgjengelighet i tjenestene og minsket tid brukt på å orientere seg i tjenestetilbudet (Haugland et al., 2006). Til tross for mulige positive effekter av samordning utpekte Bulling og Berg (2018) noen utfordringer gjennom dybdeintervjuer og observasjon i tre familiesentre i norske kommuner. De fant at både ledere og andre ansatte ved sentrene opplevde det som krevende å prioritere samarbeid på grunn av press til å utføre mer tradisjonelle arbeidsoppgaver. Det ble fremhevet som en hindring for forebyggende og helsefremmende innsats (Bulling & Berg, 2018).

3.3.2 Tverrfaglig samarbeid i tjenester til barn og unge

I litteraturen har det blitt gitt uttrykk for at tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å styrke ungdoms psykiske helse, men også et område preget av vanskeligheter (Skundberg-Kletthagen & Moen, 2017; Hilli & Wassshede, 2017). Hva som kjennetegner gode samarbeid og hvilke faktorer som skaper barrierer er et gjennomgående tema. Flere norske studier undersøker profesjonsperspektiver i en skolesetting (Borg & Pålshaugen, 2019; Ekornes, 2015). Skolen har blitt ansett som en egnet arena for å nå barn og unge, samt skape interaksjon mellom skolen og andre aktører, slik som helsetjenesten og barnevernet (Carta et al., 2015). Denne studien retter et større fokus mot kommunale tjenester som går under mandatet til Etat for barn og familie, slik som barnevernet og helsestasjonene. Erfaringer fra ansatte i skolen vil derfor ikke være fremtredende i litteraturgjennomgangen.

Litteraturgjennomgangen dekker både tverrfaglig samarbeid rundt tjenester til barn og unge generelt, og spesifikt rettet mot psykisk helse.

Cooper og kollegaer (2016) gjennomførte en systematisk gjennomgang av litteraturen om tverrsektorielt samarbeid mellom psykiske helsetjenester for barn og unge. Studien tok for

seg en rekke ulike sektorer, men i all hovedsak psykiske helsetjenester for barn og unge, skolebaserte tjenester, barnevernet og rådgivningstjenesten. På en generell basis var samarbeid på tvers av sektorer ansett som positivt og nyttig. Det var evidens for at slike samarbeid kunne forbedre tjenestene for brukerne, men usikkert om det hadde kliniske effekter. God kommunikasjon, felles opplæring, administrativ støtte og forståelse for og verdsetting av andre sektors arbeid ble trukket frem som samarbeidsfremmende faktorer (Cooper et al., 2016). Faktorer som hindret samarbeid var dårlig kommunikasjon, utilstrekkelige ressurser, manglende forståelse for andre sektors arbeid og ulike perspektiver (Cooper et al., 2016). Fukkink og Lalihatu (2020) oppsummerte studier som så på barrierer og muligheter for tverrprofesjonelt samarbeid mellom profesjoner som jobbet med barn og unge. Mulige hindringer for samarbeid var utydelig rollefordeling, ulike kommunikasjonsmåter, ekskludering av andre profesjoner, mistillit og manglende ressurser (Fukkink & Lalihatu, 2020).

Windswold (2011) evaluerte en utprøving av ulike tverrfaglige samarbeidsmodeller i 15 norske kommuner gjennom spørreundersøkelse og intervjuer med ansatte i noen av kommunene. Utpekte suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid var åpenhet, personlige relasjoner, formelle strukturer, felles arenaer, god ledelse, samlokalisering og brukermedvirkning (Windswold, 2011). I en studie av Lone og Værnor (2019) ble kjennetegn for en god tverrfaglig samarbeidskultur på oppvekstfeltet identifisert og koblet til gode samarbeid. Dataene ble innhentet gjennom fokusgruppeintervju, individuelle intervju og en spørreundersøkelse med tjenesteytere fra blant annet barnevern, helsestasjon, skolehelsetjeneste og barnehage. Funnene viste at felles målsettinger, et ønske om å jobbe sammen for å finne løsninger på utfordringer, utbredt kunnskapsdeling, respekt og forståelse for andres kompetansefelt og kjennskap til hverandre, kjennetegnet en god tverrfaglig samarbeidskultur (Lone & Værnor, 2019). Å etablere en god samarbeidskultur ute i tjenestene var særlig utfordrende, noe forfatterne mente bunnet ut i en manglende forståelse for og kjennskap til andres tjenester, i kombinasjon med for lite kontakt mellom tjenestene (Lone & Værnor, 2019). Fasilitetende faktorer for tverrfaglig samarbeid har også blitt kartlagt av Hesjedal og kollegaer (2015), som intervjuet sju barnevernsansatte og seks barneskole- og ungdomskoleansatte. Forfatterne beskrev tre fremtredende temaer. Den første var forpliktelse i form av entusiasme og engasjement for samarbeidet. Det andre temaet illustrerte behovet for likhet mellom profesjonene, slik et det ble skapt en positiv atmosfære rundt samarbeidet hvor

alle følte seg velkommen. Til slutt sa informantene at samarbeidet krevde en god relasjon og følelse av felleskap mellom samarbeidsaktørene (Hesjedal et al., 2015).

Clancy og kollegaer (2013) gjennomførte en nasjonal spørreundersøkelse om samarbeidet mellom helsesykepleiere, leger, jordmødre og barnevernsansatte i norske kommuner. Funnene viste at relasjonelle faktorer slik som tillit, samarbeidskompetanse og respekt var sentrale faktorer i gode samarbeid (Clancy et al., 2013). En annen studie (Kanste et al., 2013) undersøkte hvordan ansatte og ledere i finske kommuner vurderte samarbeidet mellom tjenester rettet mot barn og deres familier gjennom spørreundersøkelsesdata fra 457 ansatte og 327 ledere. Tjenestene som var involvert var primær- og spesialisthelsetjenesten, sosiale velferdstjenester, utdanningssektoren og psykisk helse- og rustjenester for barn. Samarbeid innad i egen sektor ble vurdert som velfungerende, mens det var større utfordringer knyttet til tverrsektorielle samarbeid. Gode samarbeid ble forbundet med kjennskap til tjenester, samarbeidsstrukturer og innsats for å overkomme grensene mellom tjenestene (Kanste et al., 2013).

En svensk studie (Widmark et al., 2011) viste at usikkerhet i fordeling av ansvar og uklare forventninger ga negativ innvirkning på samarbeid rundt barn og unges psykiske helse mellom helsetjenestene, barnevernet og skoler. I tillegg medførte manglende kunnskap om andre yrkesgrupper og deres arbeidsmåter til lite tillit mellom gruppene. Det var også utalte profesjonelle barrierer mellom yrkesgruppene, og strukturelle forskjeller som hindret god kommunikasjon. De ulike profesjonsperspektivene på barn og unges behov ga også grobunn for misforståelser og uenigheter (Widmark et al., 2011). Samtidig ble samarbeidet vurdert som i overkant tids- og ressurskrevende, og flere var derfor nølende til å kommunisere med hverandre (Widmark et al., 2011). En studie nyligere studie av Widmark og kollegaer (2016) utforsket hvordan profesjoner innen skolen, sosiale tjenester og helsetjenesten opplevde å samarbeide rundt ungdom. Totalt 29 enhetsledere og 35 andre ansatte ble intervjuet. Funnene viste et dominerende syn på samarbeidene som krevende og frustrerende på grunn av tydelige grenser mellom tjenestene. Samarbeidene ble derfor preget av manglende kunnskap om hverandres tjenester, negative antagelser og forventninger, mistillit og lite tilgjengelighet (Widmark et al., 2016). Tilsvarende undersøkelser ble gjort av Savolainen og kollegaer (2020), som belyste samarbeid rundt barns psykiske helse fra perspektivet til psykiske

helsetjenester, sosial- og helsetjenester, samt utdanningssektoren i finske kommuner. I hovedsak fungerte samarbeidet godt, men samarbeidet med barnepsykiatriske tjenester trukket frem som problematisk på grunn av manglende kommunikasjon og oppfølging av barn. Studien konkluderte derfor med et behov for bredere samarbeid i psykisk helsefremming (Savolainen et al., 2020).

I en norsk kontekst undersøkte Ødegård og Strype (2009) tverrprofesjonelt samarbeid i psykiske helsetjenester for barn og unge. Informantene var lærere, psykologer, sykepleiere, sosialarbeidere, barnevernsansatte og andre profesjoner. Funnene viste at motivasjon, sosial støtte, organisasjonskultur og gruppeledelse ble ansett som de mest sentrale faktorene i tverrprofesjonelt samarbeid (Ødegård & Strype, 2009). Annen norsk litteratur om tverrfaglig samarbeid rettet mot barn og unges *psykiske helse* er begrenset, og litteraturgjennomgangen vil derfor utfylles med funn fra avhandlinger. Iversen (2021) undersøkte hvordan tverrfaglig samarbeid mellom barnevern og helsestasjon kunne bidra til å forebygge psykisk uhelse blant barn. Helsepsykepleiere og barnevernsansatte i en norsk kommune ble intervjuet. I intervjuene kom det frem at tverrfaglig samarbeid var et viktig verktøy for å forebygge psykisk uhelse og sikre at arbeidet var helhetlig. Tydelig rolleavklaring, personlige egenskaper, felles mål og god kommunikasjon og informasjonsdeling mellom tjenestene ble ansett som nødvendig for godt samarbeid. Videre ble innspill fra barn, ungdom og deres foreldre høyt verdsatt (Iversen, 2021). En annen avhandling undersøkte tverrfaglig samarbeids rolle i å styrke unges psykiske helse (Sølvberg, 2015). Samarbeid ble belyst fra perspektivene til fagpersoner i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ifølge funnene var tverrfaglig samarbeid avhengig av ansatte med vilje til å samarbeide og som kommuniserte tydelig. Andre faktorer for velfungerende samarbeid var kjennskap til hverandres tjenester, evne til å utnytte hverandres kompetanse, og relasjoner mellom ansatte preget av tillit, respekt og åpenhet. Videre ble geografisk nærhet vist å knytte tjenestene tettere sammen (Sølvberg, 2015).

Schot og kollegaer (2020) fremhevet et viktig poeng innen tverrfaglig samarbeid. De anerkjente at søkelyset på tverrfaglig samarbeid har frembrakt store mengder kunnskap om slikt arbeid. Samtidig mente de at ulike profesjoners bidrag til slike samarbeid ikke har mottatt adekvat oppmerksomhet. Funn er spredt på tvers av forskningsfelt og teoretiske utgangspunkt, og studier har ofte trukket frem en bestemt yrkesgruppe. Dette mener de har

gitt et utydelig bilde av tverrfaglig samarbeid (Schot et al., 2020). I denne oppgaven vil ulike yrkesgrupper intervjues, for å oppnå et mer helhetlig syn på tverrfaglig samarbeid. På den måten søker studien å utvide den nåværende litteraturbasen.

3.4 Sammenfatning og kunnskapshull

Som vist gjennom litteraturen anses psykisk helsefremmende arbeid som nødvendighet for å styrke ungdoms psykiske helse. Samtidig har forskningen vist at flere barrierer forhindrer slik arbeid. Dette kom spesielt frem i skildringene av det tverrfaglige samarbeidet. Selv om tverrfaglig samarbeid rundt barn og unge var fremtredende i litteraturen, så det ut til at få studier undersøkte det tverrfaglige samarbeidet rundt ungdoms psykiske helse fungerer i norske kommuner. De ansattes perspektiv var spesielt mangelfullt. Funn fra andre nordiske land dominerte litteraturen, mens norske funn var begrensende. Samtidig var eksisterende funn overveldende oppmerksom på skolen som setting, og helsesykepleieres erfaringer var styrende. De få studiene som så på tverrfaglig samarbeid rundt psykisk helse tok ofte utgangspunkt i et sykdomsfokus. De studiene jeg fant som hadde et helsefremmende perspektiv på psykisk helse var avhandlinger. Det er derfor påfallende at helsefremmende innsats rundt ungdoms psykiske helse er et fagfelt med behov for økt kunnskap. Jeg ønsker å utvide litteraturen ved å undersøke hvordan kommunale tjenester jobber for å fremme ungdoms psykiske helse, og hvilken rolle tverrfaglig samarbeid har i dette arbeidet.

4 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Bergen kommune, i likhet med resten av landet, har psykiske lidelser som en hovedutfordring (Bergen kommune, 2015). I den 10 årige planen *Bergens barn – byens fremtid* skisserer kommunen hvordan de skal jobbe helhetlig med psykisk helse blant barn og unge, og det blir eksplisitt uttalt at kommunen har ambisjon om å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet (Bergen kommune, 2016). Bergen kommunes egne målsettinger og planer gjør det derfor tydelig at kommunen satser på psykisk helsefremmende innsats. Det er av interesse å undersøke hvordan disse planene gjennomføres i praksis ute i tjenestene.

Jeg har valgt å belyse en spesifikk del av kommunen, Etat for barn og familie. Etaten er en viktig aktør i Bergen kommunes arbeid rettet mot barn og unge, og skal sørge for god koordinering av tjenestetilbudet til denne målgruppen (Bergen kommune, 2016). Etaten er derfor et godt utgangspunkt for å undersøke hvordan kommunens arbeid med ungdoms psykiske helse. Bergen kommune har uttrykt at kompetanse- og kunnskapsutviklingen i etatens tjenester skal sørge for at barn og unge får rett hjelp, til rett tid. Slik det er nå opplever kommunen betydelige variasjoner i hvordan oppgaver og tjenester blir utført i etaten (Bergen kommune, 2016). De påpeker at “Bergen kommune trenger forskning for å vite hva som fungerer, men også en organisasjon som kan spre og nyttiggjøre seg av kunnskapen” (Bergen kommune, 2016, s. 49). Det er derfor et ønske om å videreutvikle etaten ved å jobbe kunnskapsbasert og forbedre tverrfaglig samarbeid og koordinering på tvers av tjenester (Bergen kommune, 2016). Formålet med denne studien er å øke kunnskapen om psykisk helsefremmende arbeid i Etat for barn og familie, sett fra perspektivet til etatens ansatte. Hovedfokuset ligger på tverrfaglig samarbeid, samt faktorer som påvirker samarbeidets vellykkethet. Det har resultert i følgende problemstilling: *Hvordan jobber Etat for barn og familie med å fremme psykisk helse blant ungdom?*

Problemstillingen vil utforskes gjennom tre forskningsspørsmål:

1. *Hvordan samarbeider Etat for barn og familie for å fremme psykisk helse blant ungdom?*
2. *Hvilke faktorer opplever de ansatte som fremmende og hemmende for tverrfaglig samarbeid?*

3. Hvordan påvirker det tverrfaglige samarbeidet tjenestene som utføres?

Denne studien er en del av *Folkekommune*, et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen, Folkehelseinstituttet, NSD – Norsk senter for forskningsdata, Bergen kommune og 10 av Bergens omegnskommuner. Prosjekteier er Bergen kommune. Denne oppgaven inngår i arbeidspakken som har som formål å øke forståelsen av kommunens kunnskapsbaserte folkehelsearbeid. Tidligere undersøkelser i prosjektet har sett på hvordan folkehelseloven har blitt forankret i kommunen, og hvordan planer og tiltak har blitt utviklet. Så langt har det ikke blitt undersøkt hvilke følger disse planene har for hvordan kommunens tjenester utføres.

5 Metodologi

Jeg vil i dette kapitlet presentere oppgavens vitenskapsteoretiske forankring og forskningsdesign. Det vil gjøres rede for en kvalitativ tilnærming til forskning og kjennetegn ved casestudier. Videre presenteres innhenting av data og hvordan disse ble bearbeidet i ettertid. Avslutningsvis diskuteres kvalitetskriteriene og de etiske avgjørelsene som har vært førende gjennom forskningsprosessen.

5.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Innen samfunnsvitenskapen eksisterer det ulike måter å tilnærme seg vitenskap. Disse tilnærmingene, også kalt paradigmer, utgjør et rammeverk for forskning (Neuman, 2011, s. 94). Hvert paradigme består av grunnleggende antagelser om verden og vitenskap, prinsipper for god forskning og foretrukne forskningsmetoder (Punch, 2014, s. 15). Paradigmene har også antagelser om verdienes rolle i vitenskapen (Neuman, 2011, s. 107). Neuman (2011, s. 94) identifiserer tre hovedparadigmer: positivistisk, fortolkende og kritisk/transformativt. Alle tre bidrar med en unik vinkling til et forskningsområde (Neuman, 2011, s. 91).

Ethvert vitenskapelig arbeid preges av det valgte paradigmet. Neuman (2011, s. 91) hevder at bevisstgjøring og refleksjon rundt paradigmets påvirkning på egen forskning skaper bedre forskere. Denne studien er bygget på et fortolkende paradigme. Innen et fortolkende paradigme er formålet med forskningen å oppnå dypere innsikt i et tema ved å forstå hvordan mennesker konstruerer virkeligheten (Neuman, 2011, s. 102). Forskeren vil derfor forsøke å forstå et fenomen ut ifra perspektivet til de som studeres. Spørsmål som fortolkende forskere stiller seg kan være: hvordan opplever mennesker verden? Hva mener de er sant? Hva opplever de som relevant og meningsfullt? (Neuman, 2011, s. 102). Det fortolkende paradigmet antar at virkeligheten er sosialt konstruert og at verden kan tolkes på mangfoldige måter. Det impliserer at virkeligheten oppstår i interaksjon mellom mennesker, og den meningen som tilskrives disse interaksjonene. Innsikt i menneskers *opplevde* virkelighet er derfor nødvendig for å forstå den sosiale verdenen (Neuman, 2011, s. 102–103). Det fortolkende paradigmet klassifiserer kunnskap som kontekstspesifikk, og dermed ikke adskilt fra konteksten den inngår i (Neuman, 2011, s. 106).

Det fortolkende paradigmet ble vurdert som passende i denne studien fordi dens formål er å oppnå en dypere forståelse av hvordan en etat jobber med psykisk helse blant ungdom, sett gjennom perspektivet til etatens ansatte. Det fortolkende paradigmet tildeler verdi til menneskers opplevelser og tolkninger av verden, noe som er et naturlig utgangspunkt i denne studien. Mitt valg at et fortolkende paradigme gir ringvirkninger i den videre utformingen av studien, og den må derfor ses i lys av de filosofiske antagelsene et fortolkende paradigme medfører.

5.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign kan defineres som bindeleddet mellom studiens forskningsspørsmål og datamaterialet (Punch, 2014, s. 114). Et fullstendig forskningsdesign må gjøre rede for fire aspekter ved et forskningsprosjekt: hvilken logikk og ideer studien bygger på, det konseptuelle rammeverket, hvem og hva som skal studeres, og hvordan datamaterialet skal innhentes og analyseres (Punch, 2014, s. 114). I det følgende vil jeg presentere forskningsdesignet som brukes i studien.

5.2.1 Kvalitativ tilnærming

Innen et fortolkende paradigme blir det ofte benyttet en kvalitativ tilnærming til forskning (Punch, 2014, s. 17). I sin mest forenklete form kan kvalitativ forskning defineres som forskning som ikke bruker talldata (Punch, 2014, s. 3). Det kan også karakteriseres som en tilnærming til forskning som består av spesifikke måter å utforske verden på, samt anbefalte design og metoder for innhenting av data (Punch, 2014, s. 3). Generelt søker kvalitative tilnærminger å *forstå* sosiale fenomener gjennom å fordype seg i dem, heller enn å *forklare* de (Thagaard, 2013, s. 1). For å forstå hvordan ansatte i Etat for barn og familie jobber med psykisk helse krevdes det tilgang til de ansattes erfaringer, refleksjoner og tanker. En kvalitativ tilnærming gjør det mulig å oppnå en dypere innsikt i hvordan personer forstår og beskriver deres opplevelser. Derfor vurderte jeg en kvalitativ tilnærming som mest passende ut ifra denne studiens formål.

5.2.2 Casestudie

Antallet forskningsdesign innen kvalitativ forskning er mange, og de dikterer ulike

tilnærminger til forskningsprosessen (Creswell & Creswell, 2018, s. 11). Forskningsdesignet gir et rammeverk for forskningen og dikterer innhenting av data, valg av analyser og lignende (Creswell & Creswell, 2018, s. 183). Inneværende studie er en casestudie. En casestudie kan forstås på et mangfold av måter, og det strides i forskningsmiljøene hvorvidt det skal anses som en metodologi eller en forskningsstrategi (Stake, 2005; Yin, 2014). Denne studien tar utgangspunkt i forståelsen beskrevet av Creswell og Poth (2013). De anser casestudier som en metodologi eller et spesifikt kvalitativt forskningsdesign. De definerer en casestudie som en kvalitativ tilnærming hvor man utforsker en eller flere enheter (case eller flere caser) gjennom en innsamling av rike og detaljerte data om casen (Creswell og poth, 2013, s. 96). Datainnsamlingen kan inkludere flere informasjonskilder, slik som intervjuer, dokumenter, rapporter og observasjon. Casestudier kjennetegnes også av en beskrivelse av den aktuelle casen i forskningsrapporten. En casestudie kan inkludere en eller flere caser (Creswell & Poth, 2013, s. 96–97).

Creswell og Poth (2013) identifiserer noen definerende kjennetegn ved en casestudie. Først og fremst må enhver case studie identifisere casen som skal undersøkes. En case kan være et individ, en organisasjon, en hendelse, ett lokalsamfunn eller annet (Creswell og Poth, 2013, s. 96). Forutsetningen for å definere noe som en case er at det er en avgrenset enhet som er definerbar og som kan beskrives. Casen må derfor kunne avgrenses til tid og sted (Creswell & Poth, 2013, s. 97). Ifølge Silverman (2010, s. 138) burde rammene for casen avklares tidlig i forskningsprosessen. For å oppnå tilstrekkelig dybde-forståelse av en case er det også nødvendig å innhente data fra ulike datakilder, som for eksempel intervjuer, observasjon, eller dokumenter (Creswell & Poth, 2013, s. 98).

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i Etat for barn og familie som en case. Etaten ble utvalgt fordi den har en nøkkelrolle i Bergen kommunes arbeid med barn og unge, og har ansvar for en stor andel av tjenestetilbudet til denne målgruppen. Datamaterialet bestod hovedsakelig av individuelle intervjuer med ansatte i etaten. Etatens ti-års plan ble brukt som et supplement for å tilføre større forståelse av casen.

5.3 Datainnsamling

Denne oppgaven er en del av et prosjekt eid av Bergen kommune kalt “Folkekommune”. Vi var to studenter som skrev våre oppgaver innenfor prosjektet, som sammen inngikk i en

prosjektgruppe med vår veileder. Datainnsamlingen ble derfor gjennomført i et samarbeid mellom min medstudent og meg. Følgende kapittel redegjør for datainnsamlingsprosessen.

5.3.1 Utvalg

Innen kvalitativ forskning brukes strategiske utvalg, basert på informantenes evner eller kvalifikasjoner til å belyse forskningsspørsmålet (Thagaard, 2013, s. 60). Derfor var det ønskelig å innhente kunnskap fra personer med innsikt i hvordan Etat for barn og familie jobber med ungdoms psykiske helse. Vi anså etatens ansatte som passende for dette formålet, da de har personlige erfaringer, opplevelser og refleksjoner rundt det psykiske helsefremmende arbeidet på eget arbeidssted. I motsetning til kvantitative utvalg er ikke kvalitative studier ute etter å oppnå representativitet, men søker utvalg som kan gi en dypere forståelse av et fenomen (Thagaard, 2013, s. 65). Det betyr ofte at utvalget er mindre, slik at man kan oppnå dybde i datamaterialet. Til tross for dette er det stor variasjon i utvalgsstørrelse i kvalitativ forskning (Creswell & Creswell, 2018, s. 186). Kvale og Brinkmann (2015, s. 148) hevder at 15 ± 10 informanter er en standard for intervjustudier. Antallet informanter blir samtidig preget av tilgjengelig tid og ressurser i det gjeldende prosjektet.

5.3.2 Rekruttering av deltagere

I oppstarten av prosjektet kommuniserte veileder med Etat for barn og familie gjennom en kontaktperson. Kontaktpersonen fungerte som en “portvokter”, som regulerte vår tilgang til etaten (Creswell & Creswell, 2018, s. 185). Vedkommende ble tilsendt informasjon om “Folkekommune” prosjektet og de to masteroppgavene. Skrivet gjorde rede for prosjektets fokus, fremgangsmåte og metode (Vedlegg 2). Kontaktpersonen videreformidlet kontaktinformasjonen til mulige informanter til oss. Det ble utarbeidet et informasjon- og samtykkeskjema hvor formålet med studien, informantenes rettigheter og dataenes bruksområde ble beskrevet (Vedlegg 3). De aktuelle informantene ble kontaktet via e-post, med vedlagt skriv. Tidspunkt og sted for intervjuene ble avtalt direkte via e-post, og det ble raskt satt opp tid for første intervju til tross for travle arbeidsdager for informantene. Gjennom rekrutteringsprosessen ble det gjort enkelte justeringer i utvalget. Én mulig informant ble ekskludert fra studien da vedkommende ikke kunne gjennomføre intervju før sent i datainnsamlingen. På daværende tidspunkt vurderte vi utvalget som stort nok til å

besvare forskningsspørsmålet. I og med at utvalget ble vurdert som tilstrekkelig, ble to mulige informanter ikke kontaktet.

Det endelige utvalget bestod av ti informanter, alle ansatt i Etat for barn og familie. De representerte de ulike tjenestene i etaten. Utvalgsstørrelsen ble bestemt av følgende vurderinger: I utgangspunktet baserte utvalget seg på de ansattes rolle i etaten, noe som innsnevret utvalget til en viss grad. Videre opplevde vi i rekrutteringsprosessen å nå et såkalt “metningspunkt”, der inkluderingen av flere informanter ikke nødvendigvis tilføyet ny relevant informasjon (Thagaard, 2013, s. 65). Vi anså ti informanter som tilstrekkelig for å få en helhetlig, dyptgående forståelse av casen. Utvalgsstørrelsen var derfor stor nok til å belyse forskningsspørsmålet fra et visst perspektiv, men samtidig håndterbart nok til å gjennomføre grundige analyser. Datainnsamlingen ble også preget av tidsbegrensningene som et masterprosjekt medfører.

5.3.3 Kvalitativt forskningsintervju

Kvalitative intervjuer er en av de hyppigst brukte datainnsamlingsmetodene innen casestudier (Neuman, 2011, s. 100). Det anses også som en passende metode i studier som stiller spørsmål om hvordan, slik som hvordan oppleves et fenomen eller hvordan fungerer en praksis? (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 135–136). Det kvalitative intervjuet gir forskeren innsyn i detaljert informasjon om hvordan et individ opplever, tenker og oppfatter verden rundt de (Punch, 2014, s. 144). Det gir en unik mulighet til å forstå andres opplevelser, slik de beskriver dem. Kvale og Brinkmann (2015, s. 36–37) beskriver intervjuet som kunnskapsproduksjon og en sosial praksis. Med det mener de at under et intervju oppstår kunnskap i samspillet mellom intervjueren og informanten. Relasjonen mellom de og konteksten de inngår i påvirker kunnskapen som kommer frem (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 36-37). Dette er et syn som er i overensstemmelse med oppgavens vitenskapsteoretiske forankring. Med dette som utgangspunkt anså jeg intervjuer som en passende metode for inneværende studie.

Hvilken intervjuform som benyttes avhenger av studiens formål, men burde være en videreføring av studiens metodologiske tilnærming og forskningsspørsmål (Punch, 2014, s. 144). Intervjuene var semistrukturerte fordi vi ønsket å fokusere på forhåndsbestemte temaer,

samtidig vi kunne utforske nye områder og tema informantene tok opp. Vi valgte også individuelle intervjuer slik at hver informant fritt kunne utdype det de selv opplevde som relevant, uten å måtte ta hensyn til hvordan det ble oppfattet av deres kollegaer. Dette var særlig relevant rundt spørsmål om hvordan samarbeid fungerte og eventuelle hindringer for godt samarbeid. Det var et bevisst valg i og med at informantene jobber i samme etat.

5.3.4 Utvikling av intervjuguide

I intervjuundersøkelser kan en intervjuguide benyttes for å gi samtalen struktur (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Intervjuguiden tok utgangspunkt i problemsstillingen og noen sentrale temaer vi ønsket å utforske (Vedlegg 4). Etter flere revideringsrunder både av oss studenter og i samarbeid med veileder bestod guiden av fire sentrale temaer som ble førende for intervjuene: psykisk helse, tverrfaglig samarbeid, kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning. Hvert tema inneholdt korte og konkrete spørsmål, som også ga mulighet for fordypning. Temaene ble valg basert på hvilke aspekter av etatens arbeid vi ønsket å fremheve, samt Bergen kommunes kunnskapsbehov. Temaene ble introdusert for informantene i forkant av intervjuene.

5.3.5 Forberedelser og gjennomføring av intervju

I forberedelse til intervjuene ble det gjennomført et pilotintervju. Et pilotintervju gjør det mulig å øve seg på intervjusituasjonen, slik som hvordan man stiller spørsmål, fremtoning og flyt i samtalen. I tillegg kan det gi nye perspektiver på intervjuguiden, ved at informanten indikerer hvorvidt spørsmålene er forståelige og nyttige for å utforske tematikken. Bryman (2012, s. 264) anbefaler å gjennomføre pilotintervjuer med informanter som har en likhet til informantene i studien, slik at det er sammenlignbart. Derfor ble pilotintervjuet gjennomført med en person som jobber med folkehelsearbeid rettet mot barn og unge. Både min medstudent og jeg fikk øvd på rollen som intervjuer. I etterkant av intervjuet diskuterte vi våre erfaringer, noe som resulterte i enkelte justeringer i intervjuguiden. I tillegg ga diskusjonen verdifull innsikt i egen intervjustil, og gjorde meg bedre forberedt på senere intervjuer.

Intervjuene ble gjennomført i januar og februar 2022. Av totalt ni intervjuer ble sju gjennomført på møterom på informantenes arbeidssted, mens to intervjuer foregikk digitalt

over Zoom, etter informantenes eget ønske. Nesten alle intervjuene var individuelle, men to informanter ønsket å intervjues sammen. Alle informantene samtykket til at vi kunne ta opptak av samtalen med diktafon. Muligheten til å ta opp samtalen frigjorde oss som intervjuere til å vie all oppmerksomhet mot dynamikken i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Siden vi var to som utførte datainnsamlingen fordelte vi arbeidsoppgavene, ved at en intervjuet og den andre tok notater. Vi byttet på disse rollene, og gjennomførte omtrent halvparten av intervjuene hver. Arbeidsfordelingen ble tydeliggjort overfor informantene i forkant av intervjuene. Hvert intervju varte i omtrent 1 time, med et spenn på 51 minutter til 1 time og 19 minutter.

5.3.5.1 Bruken av to intervjuere

Som nevnt ble intervjuene gjennomført i samarbeid mellom en medstudent og meg, noe som påvirket datainnsamlingen på flere måter. Intervjusituasjonen ble preget av vår individuelle intervju-stil. Eksempler på dette er hvilke oppfølgingsspørsmål som ble stilt og hvordan vi interagerer med informantene. For at intervjuene skulle være mest mulig like sørget vi for at alle hovedtemaene fra intervjuguiden ble dekt i løpet av samtalen. Min erfaring var at samarbeidet også hadde flere positive følger. Ved at en tok notater kunne intervjueren vie sin fulle oppmerksomhet til å stille spørsmål. Medintervjueren på sin side hadde større mulighet til å notere ned observasjoner og refleksjoner, slik som kroppsspråk og stemning i rommet. Medintervjueren kunne også følge opp interessante utsagn som intervjueren overså. Samtidig kunne vi diskutere og reflektere rundt intervjuet i felleskap, noe som åpnet opp for nye perspektiver og observasjoner som formet den videre datainnsamlingen.

5.4 Bearbeiding av datamaterialet

I denne delen vil jeg gjøre rede for hvordan datamaterialet ble behandlet i etterkant av intervjuene, både gjennom oppbevaring av dataene og klargjørende steg for analyse.

5.4.1 Transkribering av intervjuene

Transkribering er den prosessen hvor muntlig samtale omgjøres eller “oversettes” til skriftlig form, slik at materialet kan analyseres (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204). Transkribering er en fortolkning og abstraksjonsprosess, og transkripsjonen gir en avgrenset gjengivelse av virkeligheten. Oversettelsen er sterkt preget av hvordan den som transkriberer forstår

materialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204–205). Intervjuene ble transkribert så snart som mulig etter intervjuene for å bevare inntrykkene fra samtale. Arbeidsmengden ble fordelt likt mellom min medstudent og meg. Det var viktig å etablere en transkripsjonsprosedyre slik at transkripsjonene var sammenlignbare (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 303) burde hensyn til intervjuets lesbarhet og informantenes konfidensialitet være hovedprioritet i transkripsjonsprosessen. Intervjuene ble derfor gjengitt i bokmål skriftspråk. Først og fremst kan det være utfordrende å forstå betydningen av muntlig talemåte, særlig ved utstrakt bruk av dialektord. Bruk av bokmål kan forbedre lesbarheten i analyseprosessen og for leseren. Det bidrar også til å anonymisere informantene ytterligere, slik at de ikke kan identifiseres basert på dialekt. Enkelte dialektord ble derfor erstattet med et tilsvarende bokmålsord. Til tross for dette valget tilstrebet vi å gjengi intervjuene ordrett, slik at meningsinnholdet ble ivaretatt. Små ord og lyder slik som ”ehh”, ”ja” og ”mhm” ble utelatt, da vi opplevde de ikke tilføyde ny mening i samtalen. Det forbedret også flyten i transkripsjonene. Slike ord er blitt inkludert der vi vurderte det som nødvendig for samtaleens meningsinnhold. I tillegg ble alle pauser, latter og andre verbale og nonverbale uttrykk skrevet i (parantes). Alle gjenkjennbare opplysninger slik som steder og personer ble anonymisert, og en beskrivelse oppgitt i [klammer]. For å anonymisere informantene ble hver informant tildelt et tall (1,2,3,4...10).

Alle transkripsjonene ble sjekket opp mot lydfile av den andre studenten, for å sørge for at alle ord var gjengitt korrekt. Enkelte endringer ble gjort, slik som at ord ble fjernet eller lagt til og rekkefølgen på ord endret. Denne kontrollen av dataene sørget for bedre kvalitet på transkripsjonene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 211–212) er transkripsjonenes reliabilitet en utfordring fordi to personer som transkriberer et intervju kan ha drastisk forskjellige måter å tolke og uttrykke samtalen på. Hva som regnes som starten og slutten på en setning og når det er passelig å sette komma er avgjørelse preges av tolkningen av datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211–212). Gjennomlesningen av transkripsjonene bidro derfor til at min medstudent og jeg i størst mulige grad var samstemte i vår gjengivelse av materialet. Totalt resulterte de ni intervjuene i 225 sider tekst.

5.4.2 Oppbevaring av datamaterialet

Transkripsjonene ble oppbevart digitalt på både min og min medstudents personlige Onedrive. Innen da hadde personidentifiserende informasjon blitt fjernet fra transkripsjonene.

Kodenøkkelen, som koblet informantene til transkripsjonene, ble oppbevart separat på Onedrive tilknyttet min studentkonto ved Universitetet i Bergen. Denne kontoen og tilhørende data blir slettet ved endt utdanning. Alle lydfilene ble slettet før innlevering av oppgaven.

5.4.3 Tematisk analyse

Analyseprosessen i denne studien tok utgangspunkt i tematisk analyse beskrevet i Braun og Clarke (2006). Tematisk analyse har som formål å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller tema i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Et tema kan defineres som en samling av data som deler sentrale fellestrekk (Johannessen et al., 2018, s. 279). Inndelingen i tema bidrar til å skape orden i dataene, slik at de kan besvare forskningsspørsmålet (Johannessen et al., 2018, s. 280). Tematisk analyse anses som en av de mest anvendelige og fleksible analyseverktøyene tilgjengelig, og er fristilt fra epistemologisk og teoretisk ståsted. Den anses derfor som passende for ferske forskere (Braun & Clarke, 2006). Under en tematisk analyse kan forskerens analyser drives av et teoretisk utgangspunkt (teoridrevet) eller forsøke å distanseres fra slike antagelser (datadrevet) (Braun og Clarke, 2006). Denne studien hadde en etablert problemstilling og teori under analysene, og var derfor hovedsakelig teoridrevet. Braun og Clarke (2006) presenterer tydelig retningslinjer for gjennomføringen av en tematisk analyse, og deler analysen inn i seks steg.

Første steg. Bli kjent med datamaterialet

Første steg i en tematisk analyse starter allerede i det forskeren begynner å identifisere mønstre og interessante utsagn under datainnsamlingen (Braun & Clarke, 2006). Målet er å bli kjent med datamaterialet man har innhentet. Gjennom intervjuprosessen snakket informantene om gjentagende tematikk, som ga meg indikasjoner på hva som kunne være interessant å trekke ut av dataene. Disse observasjonene diskuterte jeg med min medstudent. I intervjustudier er også transkribering en viktig innledning til analyse som gir bedre forståelse av eget datamateriale (Braun & Clarke, 2006). I dette steget hørte jeg gjennom lydopptakene flere ganger, transkriberte intervjuene og hørte gjennom min medstudents transkripsjoner for å få et overblikk over materialet. Jeg noterte ned aspekter ved dataene som jeg tenkte kunne være sentrale videre i analysen.

Andre steg. Utarbeide koder

I dette steget prøver forskeren å organisere dataene basert på fremtredende mønstre (Braun & Clarke, 2006), samt sette ord på interessante deler av datamaterialet (Johannessen et al., 2018). Kodingen ble gjennomført i analyseverktøyet Nvivo, som bidro til å holde god oversikt over datamaterialet. Under kodingen prøvde jeg å gi en konkret og datanær beskrivelse av utsagnene slik at jeg ikke overså viktige nyanser i neste steg av analysen. I tråd med Braun og Clarke sine anbefalinger (2006) kodet jeg alle mønstre, selv de som først fremstod irrelevant, da de kunne være av interesse senere i analysen. I tillegg kodet jeg utsagn under flere koder der det var relevant. Slike motsigelser i datamaterialet er en del av tolkningsprosessen og burde ikke ignoreres (Braun & Clarke, 2006). Gjennom kodingsprosessen ble derfor koder fjernet eller kodet på nytt opptil flere ganger.

Tredje steg. Lete etter temaer

I tredje steg begynner forskeren å sortere de etablerte kodene inn i mulige temaer og undertemaer. Spørsmål man må stille seg på dette stadiet er: Hva har kodene til felles? Hvordan kan de settes sammen til et tema? (Braun & Clarke, 2006). Jeg begynte med å gruppere sammen koder som delte sentrale fellestrekk. Dette var ofte basert på gjentagende ord i kodene. Denne inndelingen er ofte preget av forskningsspørsmålet, som gir retning til hvordan dataene kategoriseres (Johannessen et al., 2018, s. 296). Noen temaer som oppstod delte likhetstrekk med tematikken i intervjuguiden, samtidig som uventede funn la grunnlaget for nye, interessante temaer. Enkelte koder passet ikke inn i de etablerte temaene og ble plassert under en mappe for udefinerte koder.

Fjerde steg. Revidere temaer

Neste steg i analysen er å revurdere temaene og gjøre nødvendige omorganiseringer. Det innebærer å innskrenke antall tema ved å vurdere hvilke temaer som kan slås sammen og hvilke som kan deles opp i flere temaer (Braun & Clarke, 2006). På dette tidspunktet ble det tydelig at enkelte temaer ikke fungerte som hovedtemaer ut ifra studiens forskningsspørsmål. Jeg inkorporerte derfor noen deler av temaene inn i andre temaer, mens resten ble forkastet. Videre inneholdt noen temaer for mange undertemaer, slik at datamaterialet ble for

oppstykket. Enkelte undertemaer ble derfor fjernet for å gi bedre flyt i rapportering av funnene. Ved slutten av dette steget hadde jeg utarbeidet fem temaer.

Femte steg. Definere og navngi temaer

På dette tidspunktet i analysen skal forskeren finpusse temaene slik at de er tydelig definert (Braun & Clarke, 2006). Først gikk jeg gjennom alle kodene under hvert tema i et forsøk på å oppnå en grunnleggende forståelse av hva hvert tema handler om. Videre skrev jeg en kort oppsummering av hvert tema. Dette syntes jeg var hjelpsomt for å fange essensen i hvert tema, og dermed gi de passende navn. Navnene på temaene ble også utarbeidet med tanke på å besvare forskningsspørsmålet. Eksempel på de navngitte temaene og tilhørende koder og tekstutdrag kan ses i tabell 1.

Sjette steg. Rapportere funnene

Siste del av analysen er å gjengi funnene i skriftlig form. Rapporteringen burde gi en tydelig og interessant fortelling av temaene som oppstod, ofte gjennom bruk av eksempler og tekstutdrag for å illustrere sentrale poeng (Braun & Clarke, 2006). Denne fasen er også tett knyttet til inndeling i temaer, og jeg hoppet derfor mellom rapportering og finpussing av temaene (Johannessen et al., 2018, s. 301). Studiens funn presenteres i kapittel sju.

Tabell 1.

Eksempel på temaer med tilhørende på koder og sitater

Tema	Eksempler på koder	Eksempler på sitater
Psykisk helse er i fokus	Psykisk helse en stor del av tjenesten, tjenestene jobber på ulike måter	<i>“Altså det som vi har bygd opp er jo barne- og familiehjelpen og Ungarena, og det er jo psykisk helse [...] det er psykisk helse som er den store satsingen da.”</i>
Hvordan nå ut til ungdommene	Alternative plattformer, fanger ikke opp alle, ungdoms behov fra tjenesten	<i>“[...] verden har endret seg gjennom digitale plattformer og hvordan vi kommuniserer og treffer hverandre, og det må også tiltakene gjøre, eller hjelpetilbudene eller hva du skal kalle det.”</i>

Etatens tverrfaglige samarbeid	Samarbeid innad i etaten, samarbeid utenfor etaten, forutsetning for optimalt tilbud	<i>“Det er jo til barnets beste hvis vi involverte i barnet sitt liv klarer å samarbeide. Med den kompetansen de har og det, de tiltakene de har sånn at de gangene vi har lyktes så er jo erfaringene gode og de gangene vi ikke lyktes så ser jo vi at det kan få konsekvenser for barns liv. “</i>
--------------------------------	--	---

5.5 Kvalitetssikring i forskningsprosessen

Spørsmålet om kvalitet i kvalitativ forskning er preget at varierende perspektiver på hva som kjennetegner god kvalitet og hvordan man kan oppnå det. Noen perspektiver tar utgangspunkt i kvantitative begreper, mens andre har utviklet terminologi tilpasset en kvalitativ tradisjon (Creswell & Creswell, 2018, p. 254). Ifølge Yilmaz (2013) har tradisjonelle kvantitative kvalitetsbegreper, som for eksempel reliabilitet og validitet, lite relevans innen kvalitativ forskning. Slik påpekt av Lincoln og Guba (1985) ønsker kvalitativ forskning å oppnå troverdighet ved å vise at forskningen er gyldig og verdt oppmerksomhet. De introduserte fire kvalitetskriterier for å vurdere en studies troverdighet: gyldighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Lincoln & Guba, 1985). Disse vil brukes for å vurdere kvaliteten på innværende studie. I tillegg vil min rolle som forsker diskuteres.

5.5.1 Gyldighet

Hvorvidt forskerens tolkninger av datamaterialet kan anses som “korrekt” inngår i studiens gyldighet (Yilmaz, 2013). Gyldighet kan vurderes av forskeren selv, men også studiens informanter og lesere. En av de mest sentrale måtene å øke studiens gyldighet på er gjennom “member checking” (Lincoln & Guba, 1985). Dette gir informantene mulighet til å vurdere hvorvidt de opplever at fremstillingen av funnene er i samsvar med deres opplevelser (Creswell & Creswell, 2018, s. 200). Jeg sendte derfor studiens funn til informantene, og ga de mulighet til å komme med innspill til funnene og vurdere deres nøyaktighet. En annen måte å sikre studiens gyldighet på er gjennom debriefing med andre forskere, hvor forskningsprosessen og studiens konklusjoner og tolkninger diskuteres (Lincoln og Guba, 1985). Gjennom datainnsamlingen hadde min medstudent i prosjektet og jeg jevnlig diskusjoner om funnene og deres implikasjoner. Mine slutninger i studien har også blitt

vurdert i tett dialog med veileder, samtidig som andre medstudenter har gitt verdifulle innspill og bidratt med nye perspektiver på funnene.

5.5.2 Pålitelighet

En studies pålitelighet avgjøres av dens evne til å konsekvent følge en valgt tilnærming (Yilmaz, 2013). Lincoln og Guba (1985) påpeker at gyldighet og pålitelighet er beslektede begreper og gyldighet vil bidra til bedre pålitelighet til en viss grad. Samtidig kan pålitelighet sikres gjennom detaljerte beskrivelser av forskningsprosessen, som gjør det mulig for andre å gjenskape studien (Shenton, 2004). Dette omtaler Lincoln og Guba (1985) som “audit trails”, eller dokumentasjon på studiens gjennomføring. Dette har jeg vist gjennom grundige forklaringer og begrunnelser av de metodologiske valgene som er tatt gjennom forskningsprosessen, og konsekventforpliktelse til disse. Jeg har etterstrebet å være transparent og ærlig i formidlingen av disse avgjørelsene og tydeliggjort hvordan de preger forskningsfunnene.

5.5.3 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet er den kvalitative motparten til objektivitet, og viser at funnene er basert på dataene, og ikke forskerens preferanser og antagelser (Shenton, 2004). Bekreftbarhet kan fremmes gjennom at forskeren tydeliggjør koblingen mellom datamaterialet og egne konklusjoner og funn (Lincoln og Guba, 1985). Bruken av “audit trails” styrker derfor også studiens bekræftbarhet, fordi det skisserer forskningsprosessen fra start til slutt (Shenton, 2004). Ved å sikre studiens troverdighet, overførbarhet og pålitelighet, vil også kravet om bekræftbarhet oppfylles. Denne studiens etterlevelse av de andre kvalitetskriteriene bidrar derfor til å styrke studiens bekræftbarhet.

5.5.4 Overførbarhet

En studies overførbarhet baseres på dens relevans innen andre sammenhenger eller settinger (Thagaard, 2013, s. 211). Kvalitativ forskning utføres ofte i en avgrenset kontekst, og har derfor begrenset overførbarhet til andre settinger (Shenton, 2004). Det gjelder spesielt casestudier, da det ligger i dens natur å gi dyptgående kunnskap om én eller noen få enheter. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er det opp til leseren av en studie å vurdere dens

overførbarhet til andre settinger. Det forskeren kan gjøre er å formidle argumenter for studiens overførbarhet til og gi grundige beskrivelser, for å muliggjøre en vurdering hos leseren. Det inkluderer såkalte “thick descriptions”, som er detaljerte beskrivelser av blant annet forskningskonteksten, datainnsamling, analyse og funn (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg har gitt grundige beskrivelser av denne studien etter beste evne, gjennom blant annet inngående informasjon om konteksten som casen inngår i og hvordan den preger funnene. Jeg vil også argumentere for at denne studien kan brukes som inspirasjon til andre kommuners arbeid med barn og unge. Bergen kommune, og derunder Etat for barn og familie, har de samme mål og føringer for tjenester til barn og unge som andre norske kommuner og felles lovpålagte tjenester. Det kan derfor tenkes at funnene har en overføringsverdi i andre norske kommuner.

5.5.5 Refleksivitet

Det fortolkende paradigmet fastholder at forskning ikke er verdifri, men gjennomsyres av forskerens verdier og forforståelse (Neuman, 2011, s.107). Det er derfor essensielt at forskeren eksplisitt oppgir sine verdier og reflekterer rundt hvordan egne opplevelser og synspunkt påvirker forskningen (Neuman, 2011, s. 107). Refleksivitet innebærer at forskeren gjør rede for sine tidligere erfaringer og bakgrunn innen det aktuelle forskningsområdet, og hvordan dette former deres tolkninger av datamaterialet (Creswell & Creswell, 2018, s. 184). Det gir leseren mulighet til å vurdere forskerens påvirkning på forskningen (Creswell & Poth, 2017, s. 261). Min utdanningsbakgrunn er innen generell psykologi, noe som har bidratt til min interesse for psykisk helse og mitt psykologiske utgangspunkt til begrepet. Jeg jobber også med, og har tidligere erfaring fra, kartlegging av psykiske lidelser i befolkningen. Samtidig har jeg gjennom mitt nåværende masterprogram fått en økende verdsettelse av en positiv tilnærming til psykisk helse, som vektlegger trivsel, mestring og livskvalitet. Det burde nevnes at jeg i forkant av denne studien var relativt lite kjent med det psykisk helsefremmende arbeidet i norsk kommuner, og deres tverrfaglige samarbeid. Jeg prøvde derfor å legge mitt eget utgangspunkt til side for å forstå kommuneansattes refleksjoner rundt psykisk helse.

5.6 Etikk i forskningsprosessen

Etiske vurderinger omhandler hva som er rett og galt, og har en sentral rolle i all forskning (Thomas, 2016, s. 78). Etikk i forskning krever en konstant vurdering av målet med forskningen og midlene som brukes om å innhente denne kunnskapen (Punch, 2014, s. 70). Videre i denne delen vil jeg beskrive hvilke etiske hensyn som er tatt i forhold til godkjenninger, informert samtykke og konfidensialitet. I tillegg vil jeg diskutere valget om å navngi casen i formidlingen av resultatene.

5.6.1 Etiske godkjenninger

Følgende studie innhentet alminnelige personopplysninger om informantene, herunder arbeidsstilling og kjønn. Studier som oppbevarer alminnelige, men ikke særlige personopplysninger er oppfyller ikke kravene til rådføringsplikt (Personopplysningsloven, 2018, §§ 9 og 10). Studien ble derfor registrert i RETTE (System for Risiko og ETTERlevelse), Universitetet i Bergen sitt system for behandling av personopplysninger i forskningsprosjekter og studentoppgaver. Basert på innhentede personopplysninger var det ingen ytterligere krav til rådføring.

5.6.2 Informert samtykke

Informert samtykke innebærer å gi informantene tilstrekkelig informasjon om forskningsprosjektet slik at de er i stand til å ta en veloverveid avgjørelse om å delta i studien (Thomas, 2016, s. 63). Informantene må få informasjon om studiens formål, fordeler og ulemper og eventuelle konsekvenser deltagelse kan medføre. Det må også oppgis hvordan datamaterialet blir oppbevart og bearbeidet etter datainnsamlingen (Thomas, 2016, s. 83). Når informantene takket ja til å delta, ble de tilsendt informasjons- og samtykkeskjema (Vedlegg 3). Det ga informantene mulighet til å få innsikt i studien i forkant av intervjuene. Før hvert intervju ble informasjons- og samtykkeskjema gjennomgått med informantene for å sørge at de var kjent med innholdet, og kunne stille spørsmål de om prosjektet. Jeg formidlet at samtykket kunne trekkes til enhver tid. Alle informantene undertegnet samtykkeerklæringen.

5.6.3 Konfidensialitet

Konfidensialitet er et forskningsetisk prinsipp ment for å ivareta informantenes rett til privatliv, som ofte innebærer at de anonymiseres i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). I tillegg må forskeren sørge for at personidentifiserende informasjon oppbevares på en forsvarlig måte (Thagaard, 2013, s. 28). Som beskrevet i 6.4.1 ble informantene anonymisert under transkriberingen ved at personidentifiserende informasjon ble fjernet. Informasjon om informantene ble oppbevart på passord-beskyttet skylagring, som kun min medstudent og jeg hadde tilgang til (se 6.4.2).

Prinsippet om konfidensialitet må også ivaretas i formidlingen av forskningsfunnene (Thagaard, 2013, s. 227). Jeg valgte derfor å kun oppgi informasjon om informantenes yrkesbakgrunn, og ingen identifiserbare karakteristikk som kjønn og yrke. I studier hvor informantene er del av et nettverk hvor de kjenner hverandre, slik som en etat, kan det være spesielt utfordrende å ivareta informantenes anonymitet. Det er derfor en reel fare for at informantene kan identifiserer hverandre i dataene (Thagaard, 2013, s. 227). I følgende studie ble også informantene gitt informasjon om studien via en felles e-post, der de andre mottakerne var synlig. Dette var jeg bevisst i fremstillingen av resultatene og sørget derfor for at utsagn og beskrivelser ikke kunne knyttes til enkeltpersoner.

5.6.4 Identifisering av casen i formidlingen av resultatene

I denne studien valgte jeg å navngi casen som Etat for barn og familie. Dette ble gjort fordi funnene inngår i en unik kontekst som er avgjørende for tolkningen av funnene. Gjennom oppgaven beskrives det tilbud og forhold som er spesifikke for etaten. For å gi en mest mulig detaljert beskrivelse av konteksten var det derfor nødvendig å navngi etaten. Samtidig var det en avgjørelse som medførte noen etiske implikasjoner. Å navngi etaten vanskeliggjorde anonymiseringen av informantene. For å bevare deres anonymitet ble karakteristikk om informantene, slik som kjønn og arbeidsstilling, utelatt i rapporteringen. Som nevnt i forrige del (5.6.3) ble beskrivelser og sitater som kunne knyttes til enkeltpersoner ikke inkludert i funnene. Samtidig innebærer presentasjonen av funn en uunngåelig risiko for at utsagn kan bli gjenkjent. Derfor fikk informantene tilsendt funnene slik de var innforstått med innholdet, og kunne vurdere hvorvidt det var noe de var komfortable med. De fikk mulighet til å endre deler de syntes var for identifiserende, men ingen uttrykte ønske om det.

6 Presentasjon av funn

Hensikten med studien var å oppnå en dypere forståelse av hvordan Etat for barn og familie jobber for å styrke ungdoms psykiske helse. I dette kapittelet presenteres funnene fra analysen. Temaene “psykisk helse er i fokus”, “hvordan nå ut til ungdommene med tjenestene” og “styrke helsefremmende og forebyggende innsats” gir større innsikt i hvordan etaten generelt jobber psykisk helsefremmende rettet mot ungdom. Temaene “etatens tverrfaglige samarbeid”, “samlokalisering” og “fremmende og hemmende faktorer for tverrfaglig samarbeid” skal belyse hvordan de spesifikt jobber tverrfaglig. Jeg vil presentere hvert enkelt tema, og bruke utvalgte sitater fra informantene til å illustrere sentrale funn. Til tross for at studien har et fokus på ungdom refererer informantene overlappende til barn, ungdom og unge i intervjuene. Alle tre begrepene vil derfor brukes gjennom presentasjonen av resultatene.

6.1 Informantene

På grunn av valget om å identifisere etaten i studien, er det begrenset informasjon som kan oppgis om informantene. Det gis derfor ingen informasjon om informantenes kjønn eller arbeidsstilling. De representerte imidlertid ulike profesjonsbakgrunner som gir nødvendig kontekst for analysene. Fire hadde bakgrunn som sykepleier og helsesykepleier, mens to var utdannet barnevernspedagog. Tre av informantene hadde vernepleier utdanning i bunn, mens en var sosionom. Flere hadde videreutdanninger innen deres relevante fagfelt, og hadde lang erfaring med å jobbe med barn og unge i ulike roller.

6.2 Psykisk helse er i fokus

Temaet “psykisk helse er i fokus” belyser informantenes tanker og opplevelser med psykisk helse i deres arbeidshverdag. Alle informantene omtalte psykisk helse som en betydningsfull del av deres arbeid, men på ulike måter. Analysen viste at det var knyttet konkrete fokus og målsettinger til psykisk helse som angikk alle tjenestene, og at psykisk helse hadde mottatt et økende fokus de siste årene, særlig etter begynnelsen av Korona- pandemien.

“Psykisk helse er jo en utrolig sentral del av jobben vår. Det å jobbe med psykisk helse. [...] En veldig, veldig stor del av den jobben vi gjør er knyttet opp mot psykiske utfordringer. Alt fra veiledning av foreldre til kontakten vår med barn og unge ute i tjenesten.” (Informant 7)

Når informantene ble spurt om hvilke psykiske helsetilbud etaten hadde, ble det tydelig at psykisk helse var en prioritet gjennom hele oppveksten. Informantene nevnte et bredt spekter av tjenester som hadde vedvarende kontakt med barn, ungdom og deres foreldre, hvor formålet var å ivareta god psykisk helse. Å legge grunnlaget for psykisk helse tidlig i livet fremstod derfor som en sentral del av etatens helsefremmende arbeid. Informantene uttrykte at innsatsen for å ivareta den psykiske helsen startet allerede *før* barnet var født, beskrevet av en informant slik:

“Og vi tenker psykisk helse fra babyen er i magen. Altså vi jobber jo med gravide ikke sant? Og prøver å forsøke å nøste i hvordan hadde du det som barn selv, for å gjøre de i stand til å håndtere foreldrerollen. [...] Så vi begynner på en måte der.” (Informant 7).

I tillegg kom det frem at fokuset på psykisk helse fortsatte inn i barnehage og skolealder, hvor det blant annet ble gjennomført kartlegginger av psykisk helse og trivsel, tilbydd psykologhjelp og undervisningsopplegg med psykisk helse som tema. Et mål var å fange opp psykisk uhelse i oppveksten gjennom tverrfaglig samarbeid. Videre ble det tydelig at etatens tjenestetilbud var rettet inn mot ulike behov. Informant 5 fortalte at helsestasjonen og skolehelsetjenesten jobbet primærforebyggende, mens de med behov for utvidet tilbud kunne oppsøke barne-familie hjelpen. De som opplevde langvarige og sammensatte psykiske vansker hadde et alternativt tilbud.

Også tiltak som ikke direkte gikk på psykisk helse hadde likevel dette som bakteppe. Informant 1 opplevde at mye av deres faste rutiner bidro til å styrke barnets/ungdommens psykiske helse på ulike arenaer. Det ble også klart at hver enkelt tjeneste hadde en unik innfallsvinkel til psykisk helse. En informant trakk frem at tjenestene hadde ulike kompetanseområder, som medførte varierende måter å tilnærme seg ungdommenes helse. Hen fortalte at noen var opptatt av å veilede foreldrene i foreldrerollen, mens andre jobbet

med trening og fysisk aktivitet. Det tydeliggjorde at hver tjeneste jobbet med ulike aspekter av psykisk helse.

Et fremtredende eksempel på de ulike tilnærmingene til psykisk helse var hvordan barnevernets rolle ble fremstilt. Noen informanter fortalte at barnevernet hadde en “moderat” rolle i psykisk helse, og jobbet “indirekte” med tematikken. De fortalte videre at barnevernet hovedsakelig jobbet med foreldrenes evne til å ivareta barnets/ungdommens behov, for å sikre god helse og utvikling. På denne måten hadde de ingen eksplisitte tiltak for å styrke ungdoms psykiske helse, men tiltak og avgjørelser som blir tatt i barnevernets regi vil kunne gi helsemessige effekter på barn/ungdoms psykiske helse. En informant sa at det er derfor de trengte et godt samarbeid med barne- og familietjenesten:

“[...] barne- og familie tjenesten blir jo, og skolehelsetjenesten og helsestasjonen, blir jo våre viktigste samarbeidspartnere i sånn måte for vi bygger jo ikke opp et psykisk helsetilbud i barnevernet vi bygger opp et tilbud som bidrar til at foreldre er gode nok, forsvarlige. For på den måten indirekte bidra til at det ikke blir psykiske helseutfordringer.” (Informant 3)

Selv om det kom frem at barnevernet og barne- og familietjenesten jobbet ulikt med psykisk helse, fremhevet en informant at alle tjenestene skulle virke psykisk helsefremmende for barn og unge. Med dette ble det tydelig at psykisk helse hadde en solid forankring i etatens arbeid, men hvordan de ulike tjenestene tilnærmet seg tematikken avhengte av deres kompetansefelt.

6.3 Hvordan nå ut til ungdommene med tjenestene

Dette temaet belyser informantenes erfaringer og tanker rundt å nå ut til ungdommene med deres tjenester. Informantene stilte spørsmål rundt denne tematikken. Det så ut til være rotfestet i en opplevelse av at tjenestene ikke var godt nok tilpasset alle ungdommers behov, noe som hadde medført at de ikke fanget opp alle som slet. Andre informanter trakk frem at mangel på ressurser gikk utover tjenestens tilgjengelighet. En informant påpekte at etaten behøvde og ønsket å tenke nytt, og å bevege seg bort fra standardiserte tiltak for å nå ut til

ungdommene. I tilknytning til dette hadde etaten igangsatt et betydelig arbeid for å sørge for at tilbudet fanget opp de som falt utenfor:

“Altså man ser jo kanskje en sånn dreining om at man må tenke mer sånn individrettede tiltak sant, at det er mange som ikke vil ta imot sånn type gruppetilbud og sånt. At man da starter opp litt andre tiltak som skal på en måte skreddersys da for å få tak i de barn og unge som sliter. Blant annet sånn den andelen som sitter hjemme og har skolevegring eller de ting sant har man jo ganske i liten grad truffet før fordi man ikke hadde tiltak som var riktige for de. Sånn at nå ser jeg jo det at man må endre tiltakene for å treffe de og å kunne hjelpe de.”
(Informant 8)

Gutter var en målgruppe som stadig ble nevnt i den sammenhengen. Flere informanter beskrev utfordringer med å treffe guttene med tjenester, da deres måte å bruke tjenestene på skilte seg fra jentene. Det ble særlig fremhevet at jentene hadde lettere for å ta kontakt med tjenestene, både fysisk og digitalt. En informant uttrykte bekymring for denne tendensen sett i sammenheng med overrepresentasjonen av gutter/menn på selvmordsstatistikken. I forbindelse med denne utfordringen hadde etaten gjennomført en kartlegging kalt “Verden sett fra gutterommet” hvor de utforsket hva guttene ønsket fra tjenestene og hvordan tilbudet kunne bygges opp etter deres behov. Å nå ut til guttene fremstod derfor som svært viktig for tjenesten fremover, og en informant sa at dette var et område som burde prioriteres i enda større grad.

I tilknytning til å nå ut til ungdommene, og spesielt de som ikke ble fanget opp på daværende tidspunkt, nevnte informantene at å møte ungdom “der de er” var viktig, men utfordrende. Ifølge informant 10 la de bare merke til de som “står på døren og banker på”, og det var derfor nødvendig med alternative måter på hjelpe ungdom på. En annen informant sa:

“Man er begynt å åpne for eksempel digitale plattformer, dette er noe som etaten har hatt i forhold til dette med “verden sett fra gutterommet”. At guttene sitter jo veldig mye hjemme, de sitter å gamer, hvordan skal du få de til å ta kontakt med hjelpeapparatet, de går ikke som [Navn på I9] sier de møter ikke opp på et kontor og snakker med en psykolog som har lyst til å sitte sånn. Altså man jobber jo nå for å treffe de ungdommene som man ikke får tak i de

tiltakene som har vært i mange år da.” (Informant 8)

Videre ble tilstedeværelse på digitale plattformer fremhevet som spesielt viktig, og at tjenesten må tilpasses den nye digitale verdenen som ungdom er aktive i. Informantene ga tydelig uttrykk for at de anså det som en arena der de kunne nå ut til ungdom.

“Jeg tror at vi må bli litt flinkere til å være tilgjengelig på sosiale medier, og litt mer online enn det vi er opplært til ikke sant? Vi er, nå er vi tilgjengelig på HelseNorge, men det er for å booke time. Sant? Det er ikke for å sitte og chatte, så vi er ikke der når ungdommene trenger det [...].” (Informant 2)

Med tanke på å tilpasse tjenestene til dagens behov fortalte informantene at etaten gjorde en innsats for å være til stede på digitale plattformer slik som Facebook og TikTok. Etaten hadde også digitalisert ordningen for timebestilling, noe brukerne opplevde som positivt ifølge informantene. Det ble allikevel nevnt at å etablere digitale tjenester ikke alltid gikk knirkefritt. En informant fortalte at deres digitale kommunikasjon med ungdommene ble forhindret hindres av personvern hensyn, og at det begrenset deres kontakt med ungdommene.

Gjennom intervjuene var også informantene opptatt av det de opplevde at ungdommene trengte fra deres tjenester. Dette ble ofte basert på deres erfaringer med hvordan ungdommene oppsøkte og brukte tjenestene. En av de mest fremtredende aspektene var at tjenestene måtte være tilgjengelig når og hvor ungdommene hadde bruk for dem. Først og fremst ga informantene inntrykk av at ungdommene ønsket et tilbud hvor det var lav terskel for å ta kontakt, hvor de kunne komme og gå som de ville uten avtale. Flere informanter fortalte at det var viktig å ha et drop-in tilbud, hvor ungdommene kunne stikke innom med store og små utfordringer, om de så bare trengte noen å snakke med.

Flere informanter fortalte at en del ungdom falt fra hvis det var for innviklet å få hjelp, og informant 5 sa “det må liksom være ring på eller ta en telefon eller en chat”. En informant nevnte også at ungdommene gjerne ønsket å utforske et tilbud først, før de forpliktet seg til det.

“[...] vi opplever litt på [tilbud] at for at de skal snakke trygt, eller komme med noe, så må de på en måte det som ungdommene sier, prøve det ut litt først, sånn at de kommer der igjen et par ganger og drikker kakao, og bare sitter og sonderer litt.” (Informant 1)

Informantene fortalte også at ungdommene ønsket rask hjelp når de først oppsøkte tjenestene. Flere beskrev det som at ungdommene levde i nuet og “tok sats” for å oppsøke tilbud hvis de opplevde noe vanskelig. Det opplevdes som ungdommene ikke hadde tid til å vente ukesvis på hjelp. Hvis hjelp ikke ble gitt med en gang så kunne det være til hindring for at ungdommene oppsøkte tjenestene, ifølge informantene. En informant trakk dette frem som en årsak til hvorfor de trengte drop – in tilbud:

“Fordi at ungdommer er veldig sånn her og nå. Så hvis de skal bestille seg en time og så skal de vente en uke, så er det jo her og nå problemet er. Derfor så er det veldig viktig å ha disse drop-in tilbudene.” (Informant 10).

Et annet sentralt poeng rundt ungdommenes behov var at de ikke ønsket å bli gjenkjent når de oppsøkte tjenester. Informantene rapporterte at terskelen for å oppsøke tjenester ofte var høyere når det var synlig for andre ungdommer. Noen informanter fortalte også at ungdommene følte stigmatisering rundt det å slite, og ønsket ikke å “være den som må få hjelp”. I tilknytning til dette ble bruken av digitale tjenester, hvor man kan søke hjelp anonymt, trukket frem som særlig gunstig.

Noen informanter beskrev hvordan tjenestene måtte være åpne på utradisjonelle tidspunkt, særlig på ettermiddag, kveld og i helgene. Flere informanter mente at åpningstidene burde tilpasses brukernes behov, i motsetning til de ansattes ønskede arbeidstider. Det ble tydeliggjort at dette hadde møtt motstand på arbeidssstedet og utfordret etablerte arbeidsmåter:

“Det å få noen av profesjonene vi har i etat for barn og familie til å jobbe på ettermiddag og kveld. Det sitter langt inne. Det er en sterk kamp for medarbeidere og fagforeninger at vi skal jobbe på dagtid. Mens for eksempel behovet til veldig mange barn og unge er ikke bare på dagtid. Det er der også etter klokken halv fire. Så der ligger også barrierer, men det er jo

muligheter og hvis vi klarer å komme oss over den baugen så kan vi gjerne gi mer riktige tjenester og mer tilpassede tjenester, altså dette med rett tjenester til rett tid og i riktig omfang. Og kanskje faktisk er det mer effektivt da. Kanskje noen hadde trengt oss i en kortere fase fordi at vi hadde truffet barn, familier på de tidspunktene som de trenger. Og de kanskje i større grad til å klare seg selv.” (Informant 5)

Ungdommenes relasjon til tjenesteyterne ble også ansett som betydningsfullt. Det kom frem fra flere informanter at ungdom ønsket å vite litt om de ansatte når de oppsøkte tjenestene og at de lett knyttet seg til enkelte ansatte. En informant beskrev relasjonen mellom brukeren og den ansatte som særlig viktig fordi ungdom trenger en støtteperson som de kan ha en god tone med. Flere karakteriserte kontakten mellom ungdommen og den ansatte som viktigere enn “metoden”, og begrunnet det med at ungdommens utbytte av tjenestene var relatert til relasjonen de oppnådde med de ansatte:

“[...] Hvis et barn eller en ungdom strever så spør han ikke deg først hvilket yrke har du, men han prøver ut å finne ut hvem du er og så åpner han seg for deg. Og da er det sånn at du har blitt den trygge tillitspersonen som vedkommende åpner seg for og det er det viktig at du vet hvor kan du få råd og veiledning for å kunne være den som hjelper denne ungdommen eller dette barnet. Fordi at når den ungdommen eller det barnet har åpnet seg for deg så er det jo fordi han vil snakke med deg. Hvis du da sier at nei du skal få lov til å snakke med denne her istedenfor så er det ikke sikkert at den tilliten er sånn etablert med en eneste gang.” (Informant 10)

Det kunne også virke som brukermedvirkning var en nødvendig del av å tilpasse tjenestetilbudet, ifølge informantene, og brukernes innspill ble oppfattet som verdifulle. Informantene fortalte at de måtte snakke med brukerne for å forstå hva de ønsket og trengte av tjenestene, og tilpasse tjenestene ut ifra det. Å gjennomføre brukerundersøkelser ble ansett som et godt verktøy i kartleggingen av brukernes opplevelser med tjenestene. Et eksempel som en informant nevnte, var etableringen av en ungdomsredaksjon som skulle representere ungdommenes perspektiv i utviklingen av digitale tjenester.

6.4 Styrke helsefremmende og forebyggende innsats

Temaet belyser hva informantene anså som viktig for å fremme god psykisk helse. Når informantene ble spurt om hva som skaper god psykisk helse hos ungdom og hva de ville prioritert, ble det helsefremmende og forebyggende leddet utpekt som viktig. Flere informanter fortalte at innsatsen burde settes inn tidlig, slik at man kunne forhindre at det oppstod psykisk uhelse. En informant fortalte at “jo tidligere vi kan fange det opp, jo bedre resultat blir det”. Informantene ga uttrykk for at de så nytten av å styrke den helsefremmende og forebyggende innsatsen, og at de ønsket å gjøre mer av det i fremtiden:

“Altså jeg har tro på mer lavterskel. Jeg tror tidlig innsats, forebyggende innsats, det å være oppdager og sette inn støtet så tidlig som mulig. Det har jeg veldig tro på.” (Informant 5)

Informantene fortalte at lavterskeltilbudene har blitt kraftig bygget opp de siste årene i henhold til etatens ti-årsplan. De ga inntrykk av at dette var en velkommen utvikling. Etableringen av barne-familie hjelpen ble beskrevet som et “hovedgrep” for å gjøre lavterskeltilbud mer tilgjengelig enn før, og informantene vektla at tjenestene burde øke innsatsen på lavterskel ytterligere.

Informantene trakk også frem selvhjelpsverktøy som et effektivt hjelpemiddel. De fortalte at ved å gi unge ressursene til å ivareta egen psykisk helse kunne mye av vanskene som unge opplevde håndteres utenfor helsetjenestene. Noen hadde troen på at bruken av selvhjelpsverktøy, både fysisk og digitalt, kom til å bli mer utbredt i psykisk helsearbeid. Både som en måte å avlaste tjenestene på, men også som en mer effektiv måte å treffe brukernes behov.

“[...] jeg tror jo ikke det kommer til å skje at vi kommer til å ha et sånn systematisk psykisk helsetilbud til absolutt alle. Jeg tenker at dette må inn i hjemmene, i skolen som mer sånn selvhjelpsverktøy. Du må ikke til psykolog hver gang du opplever noen vanskelig.”
(Informant 5)

I tillegg til å gi selvhjelp og lavterskeltilbud fokuserte informantene mye på å “normalisere” psykisk helse. En informant beskrev det å snakke om hva som er vanlig å kjenne på som “det viktigste de gjør” i psykisk helsearbeid. Flere påpekte at å gi ungdommene informasjon om hva som er vanlige oppturer og nedturer, hva som er psykisk sykdom og å gi de “verktøy” til å ivareta sin psykiske helse utgjorde en viktig del av deres arbeid. En informant fortalte at de måtte normalisere psykisk helse fordi det fortsatt var et område som preges av skam:

“[...] selv om noen tenker at de er psykisk syk bare de stresser foran en prøve, så tror jeg fortsatt at det er litt sånn at hvis du kjenner på mye angst og uro, så er det fortsatt litt mer skambelagt enn det å ha vondt med fysiske skader da. Så det å ta bort de tersklene, og snakke mye om det og normalisere at dette også er sykdom på lik linje med annen sykdom tror jeg er viktig for at ungdom skal våge å da sette ord på at de sliter og be om hjelp.” (Informant 7)

Videre fortalte informantene at det helsefremmende arbeidet handlet om å hjelpe ungdommene med å “fremme den opplevelsen av hvordan takler jeg livet”. I den sammenheng ble tidlig innsats igjen trukket frem som viktig, og noen mente at barn burde læres å sette ord på følelsene sine allerede i barnehagealder.

Flere av informantene fortalte at de så at forebygging og helsefremming nyttet, men at det var utfordrende å overbevise politikerne om at de måtte bevilge midler til slike tjenester. Informant 10 opplevde at helsefremmende innsats ikke var synlig fordi det var “først når det har skjedd noe at vi ser at ting har gått galt”. Det ble utdypet av informant 7 som påpekte at de ikke hadde tall på nytteverdien av helsefremmende arbeid og ingen “bevis” for at det fungerte. En annen fortalte også at hen skulle ønske helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge ble verdsatt i større grad, slik det ble tydelig at informantene gjorde:

“[...] og det er jo også økonomi i det fordi at klarer du å hjelpe et barn når det er lite så vil du jo forhindre at dette barnet koster samfunnet utrolig mange millioner hvis de skal være innlagt i psykiatrien, de skal sitte litt i fengsel, de skal ikke klare omsorgen for barna sine, så er det jo ekstremt mange penger som disse barna vil koste samfunnet i løpet av et livsløp. Så

jeg skulle jo også ønske at man kunne samfunnsøkonomisk se økonomien i det å ha altså sterke og gode tjenester til barn.” (Informant 3)

En informant uttrykte at hen ønsket å jobbe mer helsefremmende og forebyggende på gruppenivå, men opplevde at tjenestene ble presset mot å jobbe sekundærforebyggende med individuell hjelp. En årsak til dette var såkalte “må” oppgaver” som tjenestene var pliktige å gi brukerne, som gikk på bekostning av de tjenestene som ikke var lovpålagte. Det ble gitt uttrykk for at det gikk negativt utover helsefremmende innsats og psykisk helsetiltak. Informantene fortalte at tjenester for psykisk helse sjeldent var lovpålagte, og at de derfor kunne miste finansiering når det var begrenset med ressurser. Flere uttrykte stor frustrasjon for at lavterskeltilbud som ble ansett som nyttige mistet finansiering. Noen trakk frem muligheten for å gjøre noen tjenester lovpålagte, slik at ungdommene hadde rett på disse.

“[...] det var et lavterskeltilbud som fungerte og var oppe og gikk og det ble stablet på beina ganske kort, på kort tid, og så ble det vekke igjen. Og så det å sette i gang et stort prosjekt og ting fungerer og så forsvinner det igjen. [...] Det er frustrerende.” (Informant 10)

Slik ressursmangel ble også påpekt av andre informanter. De fortalte om tjenester med stor etterspørsel kombinert med begrensede ressurser. Flere informanter beskrev en situasjon hvor et økende antall ungdommer oppsøkte tjenester, hvor problematikken ofte hadde høy alvorlighetsgrad.

“Det som er utfordrende per i dag er jo det at, helsestasjonen og skolehelsetjenesten er jo førstelinjen så det er jo der de møter alle. Og de ser jo at det er en veldig økning i brukere som tar kontakt, men også brukere som formidler at det er vanskelig. Og det er også en god del alvorlige situasjoner som de beskriver.” (Informant 10)

Det ble også tydelig at tjenestene slet med å imøtekomme etterspørselen. Flere informanter uttrykte at tjenestene ikke var godt nok utrustet og enkelte fortalte om tjenester innad og utenfor etaten med “sprengt” kapasitet. En opplevde at situasjonen medførte at de måtte kompensere for manglende kapasitet i andre tjenester. Som et resultat av dette fikk ikke

ungdom hjelpen de trengte. Flere var også bevisst på at presset på tjenestene og alvorlighetsgraden i henvendelsene var belastende for de ansatte å håndtere, og noe de trengte hjelp med å prosessere.

Med utgangspunkt i at tjenestene ikke klarte å møte behovet for tilbud ønsket flere informanter å styrke tjenestene. Det var et særlig fokus på å øke ressursene i skolehelsetjenesten og helsestasjonene, fordi disse ikke var rustet for å imøtekomme dagens behov. I tillegg trakk andre frem at tjenestene trengte et løft i forhold til kompetanse rundt psykisk helse, og at dette ville gagnet tjenesten. Det nåværende tjenestetilbudet ble beskrevet som bare “ett lite drypp til det som ser ut til å være behovet”.

“Der [i skolehelsetjenesten] burde det vært en i 100% [stilling] på alle skoler. [...] for nå er det sånn, det er etter hvor mange elever som er der, og jo eldre de blir, jo mindre ressurs er det per elev. Så på en barneskole, så er det en helsesykepleier på 350 elever. Ungdomsskolen er det en helsesykepleier på 550 elever. På videregående er det faktisk 800, 750-800 elever per 100%, per én stilling, og det er jo klart at det er for lite.” (Informant 2)

Samtidig må det nevnes at ikke alle informantene delte oppfatningen om at å øke ressursene ville løse etatens utfordringer. Informant 5 opplevde at tjenestene hadde tilstrekkelig ressurser, men at disse kunne blitt utnyttet på en bedre måte. Hen fortalte at motvilje til endring og å utforske nye arbeidsmåter var det som hindret bedre tjenesteyting.

6.5 Etatens tverrfaglige samarbeid

Temaet “Etatens tverrfaglige samarbeid” belyser innstillingen informantene hadde til tverrfaglig samarbeid, og hvordan de opplevde at det fungerte i etaten. Samtalene med informantene gjorde det tydelig at tverrfaglig samarbeid ble ansett som en forutsetning for et optimalt tilbud til brukerne, og noe de hadde stor tro på. “Vi er nødt til å være tverrfaglig, ellers vil vi aldri klare oppgaven”, sa en informant. Med det mentes det at tjenestene måtte jobbe sammen for å gi ungdommene et helhetlig tilbud. En beskrev samarbeid som i brukerens beste interesse og mente at samarbeid som svikter kan i verste fall få negative følger for barnet eller ungdommen.

“Jeg tror jo da at hvis du ikke får til det tverrfaglige samarbeidet rundt ungdommen så er det veldig sjeldent at ungdommer bare har behov for en ting. Sant. Sånn at jeg tror faktisk at hvis du ikke får det til så gir du ikke et optimalt tilbud til ungdommen.” (Informant 5)

Når informantene ble spurt om hvordan det tverrfaglige samarbeidet fungerte i etaten var erfaringene delt mellom innad i etaten og utenfor etaten. Generelt ble samarbeidet med andre avdelinger og enheter i etaten beskrevet som velfungerende, med unntak av enkelte gnisninger på grunn av ulike arbeidsmåter. Informant 2 fortalte at tjenestene hadde god kjennskap til hverandre og var i stand til å samarbeide på en måte som satt ungdommene i sentrum. I tillegg opplevde flere informanter “få barrierer” i etaten, og vurderte samordningen av tjenester under en etat som nyttig for samarbeid. Den tverrfaglige sammensettingen i etatsledelsen var noe flere fremhevet som en styrke, som satt et eksempel for velfungerende tverrfaglig samarbeid. Den tverrfaglige ledelsen ga de ansatte en trygghet og tillit til at deres profesjon var representert, ifølge en informant.

Noen ga også uttrykk for en økende samarbeidsvilje i etaten med tanke på å gi et helhetlig tilbud til barn og unge. Her ble det fremhevet at tjenestene i mindre grad enn før “sitter på hver sin tue”, noe som indikerer at kommunikasjonen mellom de er forbedret. Bedringen i samarbeid ble knyttet opp mot færre konflikter rundt arbeidsfordeling:

“Nei på generelt nivå så tenker jeg det at, altså organisasjonsstrukturen er for så vidt rimelig klar og grei. Det er den. Mengden tid som går vekk til å, hva skal jeg si, innad i etaten krangle om hva som er hvem sitt ansvar, den er sterkt redusert i forhold i hvordan det var tidligere.” (Informant 9)

Når informantene ble spurt om hvem som var etatens viktigste samarbeidspartnere ble ofte aktører utenfor etaten nevnt. Skolene og barnehagene fremstod som mest nødvendig, men andre aktører var spesialisthelsetjenesten, BUP, PPS/PPT, psykiatrien, sosiale tjenester og frivillig sektor. Til tross for at samarbeid utenfor etatens grenser fremstod som viktig, innebar det flere barrierer enn interne samarbeid. Generelt fremstod samarbeidet mellom etater som krevende, og en beskrev det som at tjenestene “sitter på hver sin tue”. En informant opplevde

terskelen for å ta kontakt med andre etater som høy, mens en annen fortalte om motstand fra andre tjenester i samarbeidet. Spesielt etableringen av samarbeid med skole og barnehage opplevdes som vanskelig, og en informant sa at skoler og barnehager “ikke har vært på banen”.

“[...] det er større utfordringer i forhold til tverretatlig. Der sliter vi mer, med å få til det gode tette samarbeidet som trengs [...]” (Informant 7).

I den sammenheng uttrykte en annen informant behov for å samle tjenester til barn og unge under en oppvekstetat. Ifølge hen var fordelingen av tjenestene på flere etater et hinder for helhetlige tjenester til brukerne.

“Altså en utfordring som det er med mange av våre tjenester det er jo dette med de siloene sant. At det er en veldig svakhet at vi i Bergen kommune [...], ikke har en oppvekstetat. Men du har skole som er der, og de har PPT og, og de skal hjelpe de, gi noe hjelp på skolen. Så har vi helsetjenesten som ligger hos oss og så har du kulturfeltet som ligger et annet sted igjen. Får ikke en god nok sånn helhet i dette.” (Informant 4)

Samtidig ga de fleste uttrykk for at samarbeidet utenfor etaten “stadig blir bedre”, noe som så ut til å være relatert til samarbeidsplattformer. Flere fortalte om felles samarbeidsmøter og tverrfaglige team, som for noen bidro til å bryte ned myter og forestillinger om hverandres tjenester. Et eksempel var et nyetablert samarbeid med skole og barnehage som hadde gått over all forventning. En informant uttrykte stor optimisme for dette og omtalte det som “en liten revolusjon”.

På en generell basis foreslo informantene flere forbedringspunkter i etatens tverrfaglige samarbeid. En fortalte at samarbeid i etaten fungerte godt i ledelsen, men var mest utfordrende nærmest brukeren. Det ble gitt uttrykk for at det skyldes gnisninger mellom profesjonene, og deres oppfatning av hverandre. Denne mangelen på kjennskap til hverandres tjenester ble fremtredende i analysen. Flere sa at tjenestene slet med å se utenfor rammene til egen tjeneste eller fagfelt og dra nytte av andre tjenesters kompetanse. Det ble gjort et poeng

ut av at tjenestene måtte bli bedre på å veilede ungdommene til andre tjenester, hvis man selv kom til kort.

“Det er jo litt på trappene, men det må vi jobbe grundig med tror jeg, for å kunne skjønne at når jeg kommer til kort, så er det noen andre som lett kan ta over. Ikke om fjorten dager, men i morgen. Da har jeg en sånn lett telefon jeg kan ta sant. “Kunne du, kunne noen bare kommet hit?” Det tror jeg en nøkkel til at ting kan fungere iallefall bedre. At vi kan nyttiggjøre oss hverandres kompetanse på en mye mer effektiv måte til fordel for brukeren.”
(Informant 7)

6.6 Samlokalisering

Temaet “samlokalisering” belyser hvordan informantene opplevde den pågående samlokaliseringen i etaten. I 2018 gikk etaten gjennom en omorganisering, og i tiden etterpå har det blitt arbeidet for å samlokalisere barnevernstjenesten og barne- og familietjenesten i hver bydel under det som kalles “Familiens hus”. Samlokaliseringen hadde som formål å skape en større og mer robust tjeneste der tjenestene i hver bydel kom tettere på hverandre. En informant spådde at denne samlokaliseringen kom til å gi utfordringer for etaten fremover. Gjennom intervjuene kom det frem at hver bydel er på ulike steder i denne prosessen, og informantenes opplevelser var derfor delte.

En informant formidlet positive erfaringer med samlokaliseringen og fortalte om en positiv forskjell i samarbeidsklimaet i etterkant. Hen ga uttrykk for at samlokaliseringen har gitt større nærhet mellom tjenestene, samt bedre forståelse for andres arbeid og hvordan man kan bruke hverandres kompetanse i tjenesteytingen. For hen virket det som å samle tjenestene under ett tak skapte en følelse av én samlet tjeneste for brukerne.

“[...] barnevernstjenesten hadde vi inne sånn fra av og til på fagdager eller ett eller annet sånn, mens nå etter vi ble et byområde så har vi også måtte samarbeide mye mye mer som vi er jo blitt enda bedre kjent med hverandre. Og det tror jeg også smitter videre ned igjen systemet, sånn at det er lettere å ta kontakt og nå kan jeg bare gå opp en etasje sant og så kan vi ta kontakt.” (Informant 10)

Informantene som var i startfasen av samlokaliseringen hadde et mer avventende syn på situasjonen. Flere var klart forventningsfulle til at det skulle gi flere møtepunkter for tjenestene og lette samarbeidet i bydelen. Samtidig ga flere uttrykk for at samlokaliseringen ikke hadde gitt bemerkelsesverdige endringer. En beskrev det som at “vi ses i gangene”, mens en annen fortalte at “det er bare at vi har flyttet sammen”.

En annen informant opplevde mangelen på samlokalisering som svært krevende for tjenesten. Hen beskrev situasjonen som en hindring for å bruke de tilgjengelige ressursene til å utvikle felles arbeidsmiljø og kultur, og å få delt kompetanse på tvers av tjenester. I tillegg opplevde hen avstanden mellom tjenestene som et hinder for å etablere relasjoner til hverandre. Hen ga dermed uttrykk for at manglende samlokalisering ikke var bærekraftig.

“Du får ikke noen kontinuitet, du får ikke jobbet med kultur, felles fagutvikling fordi at halvparten av våre ansatte er her og halvparten er på [Sted]. Så det har vært kilometer mellom oss. Så det gjør på en måte at de fordelene som vi skulle få av samlokaliseringen de har vi ikke muligheten for å hente ut fordi at vi er ikke sammen, våre ansatte er ikke sammen.” (Informant 3)

6.7 Fremmende og hemmende faktorer for tverrfaglig samarbeid

Temaet “Fremmende og hemmende faktorer for tverrfaglig samarbeid” belyser hvilke aspekter informantene opplevde enten fremmet eller hemmet gode samarbeid.

6.7.1 Kjennskap

En av de mest fremtredende faktorene som skapte gode samarbeid var kjennskap. Kjennskap ble beskrevet på to måter: Kjennskap i form av relasjoner til kollegaer og kjennskap til hverandres tjenester.

Først og fremst opplevde informantene at gode samarbeid krevde en etablert relasjon og tilknytning til de man skulle samarbeide med. Det vil si at man hadde møtt personene før, kunne navnet deres, så de som kollegaene dine og verdsatte deres kompetanse. Informant 10 fortalte at det er lettere å ta kontakt med samarbeidspartnere når man vet hvem de er og har snakket med de før. Relasjoner til de man jobbet med i “fredstid” ble ansett som spesielt

viktig for å unngå at profesjonene gikk i forsvar når samarbeid møtte motstand. En beskrev det som at profesjonene da kanskje strekte seg litt lengre for hverandre, slik at man kunne gjøre en bedre jobb for brukeren.

“[...] jeg tror jo det at kjennskap er det aller viktigste, det at våre kontaktpersoner på en måte kan bli kjent med BUP-behandleren i fredstid, at vi kan ha noe sammen, se at det er vanlig folk dette her som vil det beste. Sånn at når det blir vanskelig ute i samarbeidene så har man det med seg i bunn, i stedet for at dette en person jeg ikke kjenner og som jeg opplever på en måte, mener jeg skal gjøre noe som jeg ikke kan, eller tenker jeg skal eller ikke er enig i eller noe sånt. Så jeg tror på en måte det å bli kjent med folk, de vi skal samarbeide med, at det er kanskje det aller aller viktigste.” (Informant 3)

Mange informanter beskrev også kjennskap i form av å kjenne til hverandres tjenester. En informant omtalte det som selve “suksesskriteriet for at ungdom og andre skal få hjelpen de trenger”. Med det mentes det at man viste hvilke arbeidsoppgaver andre tjenester utførte, og hvem man skulle kontakte. Kjennskap til hverandres tjenester ble særlig trukket frem med tanke på å lede brukerne til rett tjeneste. Når man selv ikke hadde tilbud til brukeren var det derfor viktig å kjenne til andre tjenester, uten at det ble sett som en trussel. Ifølge informantene krevde det en grunnleggende forståelse for andre tjenesters oppgaver og hva de kunne forvente av hverandre.

“Og det kan godt være så enkelt som om at du er i skolehelsetjenesten og så sant sluser hun eller han deg videre til et annet tilbud. Fordi, og det handler om at du må vite om hverandre, sant. Du må ikke se det som en trussel at hvis ikke jeg kan hjelpe deg, så kan ikke barne- og familiehjelpen eller Ungarena eller Utekontakten eller, du må på en måte vite om sånn at det er mange tilbud i verktøykassen, sant. Det er da det fungerer.” (Informant 5)

6.7.2 Felles samarbeidsplattformer

Flere informanter ga inntrykk av at etatens samarbeidsplattformer ga en arena for å skape gode samarbeid. En informant påpekte at samarbeidsplattformene ga mer “kjøtt på beinet” i

diskusjoner, og ofte resulterte i at man fant nye løsninger på utfordringer:

“Når man sitter der og diskuterer fra flere avdelinger, ulike arena, og snakker høyt om det, og setter litt mer kjøtt på beinet, så kanskje at de på BUP får en annen forståelse av det, eller at det, de på PPT sier det at “vet du hva? Den tar vi inn og kartlegger litt, før vi eventuelt gjør en ny vurdering til BUP”. Sånn at, istedenfor at de bare liksom sånn pang avslag, det er det, så kan man på en måte finne noen andre løsninger eller at de på BUP sier at “Nei. Vet du hva? Når vi hører dette i tillegg, så tenker vi at vi vil gjøre en kartlegging og ta de inn”. ”
(Informant 1)

Flere informanter koblet felles samarbeidsplattformer til kjennskap til hverandres tjenester. De hevdet at samarbeidsplattformene skapte en felles møtearena som la til rette for å bli kjent med andre tjenester og hva de tilbydde, slik at det var lettere å ta kontakt når ting ble vanskelig. Informant 9 tilføyde at samarbeidsplattformene hadde bidratt til å minske myter om andre tjenester og gitt større forståelse for hva andre driver med. Eksempler på slike myter som ble brutt ned var at “barnevernet er ikke like farlig som de var” og “helsesøstrene gjør mer enn å måle og veie”.

6.7.3 Respekt og åpenhet for hverandres kompetanse

En annen faktor som fremmet samarbeid, var respekt og åpenhet for hverandres kompetanse. Samtlige informanter fremhevet behovet for å vise respekt for hvordan andre tjenester jobbet og kunnskapen de besittet. En sentral del av dette var ydmykhet for at man selv ikke var mer kompetent enn andre, og åpenhet for de bidragene andre tjenester gir. Informant 4 fortalte at tjenestene ofte kunne låses fast i en tankegang om at “vi kan best” og ikke anerkjente andre tjenesters bidrag.

“Jeg tenker at respekten for hverandre er utrolig viktig. Respekten for at hver eneste profesjon har sin viktige rolle. [...] At man forstår at det er ikke bare min profesjon som har noe å si, men faktisk for å få dette til, så er alle nødvendige. Ingen er viktigere enn den andre. Være seg alt fra vaskepersonell til etatsdirektør, sant?” (Informant 7)

Informantene viste her til at alle profesjonene hadde en særegen rolle i å skape en helhetlig tjeneste for brukeren. Ifølge en informant måtte tjenestene også ha tillit til at andre utførte jobben sin etter beste evne, og “gjør så godt de kan innenfor de rammene de har”.

I den sammenheng påpekte flere viktigheten av å ikke trekke opp grenser mellom profesjonene. Informantene uttrykte at gode samarbeid krevde at tjenestene er åpne for å jobbe utenfor profesjonsgrensene for å finne gode løsninger. De ga inntrykk av at åpenhet for andres kompetanse og vektlegging av hvordan man utfyller hverandre var nødvendig. Informant 10 beskrev det som å være “spørrende og undrende og ikke sånn begrensende”

“Ja og det med å tenke helhet og gi på en måte i stedet for å bare trekke opp grensene rundt. Vi har bare ansvar for dette og de andre sier vi har bare ansvar for dette, ja men nå skal vi jo løse saken. Det er ikke hvem som har ansvar for hva det handler om, men hvordan skal vi løse dette.” (Informant 4)

Motvilje til å jobbe utenfor profesjonsgrensene og tydelig avgrensning av arbeidsoppgaver ble beskrevet som hindrende for samarbeid. Ifølge informantene kunne ofte brukerne ligge i “gråsoner” hvor de trengte litt av ulike tjenester, som kunne skape konflikter om hvem som skulle ha hovedansvar for brukeren. En fortalte at tjenestene hadde lett for å fraskrive seg ansvar og skyve det over på andre. En beskrev det som at “man er mest opptatt av hva som er sitt og hvem som er noen annen sitt”. Den tydelige arbeidsinndelingen i “hvem gjør hva, og hvem skal være på” kunne derfor ses som hindrende for å utvikle gode samarbeid.

6.7.4 Opplevd nytte og behov for samarbeid

Noen informanter fremhevet også at samarbeid avhenger av at de involverte partene ser nytteverdien og behovet for å samarbeide. Ifølge en informant vil samarbeid lide hvis samarbeidspartene ikke opplever at samarbeidet tilfører noe til deres tjeneste. Hen beskrev det som den største barrieren for godt samarbeid. Det ble derfor gitt uttrykk for at tjenestene må verdsette hverandres bidrag.

“Det er jo det at alle må se en nytteverdi i det, tenker jeg er det viktigste kriteriet av alt. Fordi at hvis jeg tenker at det ikke har noe for seg å diskutere noe med BUP, eller barnevernet eller PPT, så er ikke jeg så engasjert i det heller.” (Informant 1)

En annen sa det ikke holdt at ledelsen la til rette for samarbeid hvis det ikke var en felles forståelse av hva man skal samarbeide om og hvorfor. Vedkommende delte et eksempel der et samarbeid mellom barnevernet og politiet ble middelmådig fordi de hadde svært ulike oppfatninger av det de skulle samarbeid om. Ifølge hen var en felles forståelse av behovet for samarbeid alfa omega.

“Altså det at noen bestemmer at vi skal samarbeide det er for så vidt greit det, men hva hjelper det hvis jeg forstår behovet for samarbeid på én måte og du på en helt annen måte, ikke sant. [...] Så det å oppfatte et behov for å samarbeide på samme måte og det å oppfatte det problemet man skal samarbeide om på samme måte, tror jeg er en forutsetning for at samarbeidet skal lykkes.” (Informant 9)

6.7.5 Brukeren i sentrum

Noen informanter opplevde godt samarbeid som avhengig av å sette brukeren i sentrum. Med det mente de at man måtte ta hensyn til hva brukerne selv sa de ønsket fra tjenesten og fremheve at det er de selv som skal dra nytte av den. Det ble tydelig at tjenestene måtte formes ut ifra brukernes behov og ikke motsatt. Det kan knyttes til brukermedvirkning, som flere informanter fortalte var avgjørende for å utvikle tjenester som møter ungdommenes behov. En informant omtalte ungdommene som deres viktigste samarbeidspartner. Det ble derfor tydelig at brukerperspektivet burde inkorporeres for å få gode samarbeid. En informant uttalte seg slik:

“Altså, suksessfaktor må jo være at alle tenker på den de skal hjelpe. [...] Hva er det beste for ungdommen? At ikke vi er sånne regelryttere på at nå skal vi spørre han om det og det og det, hvis vi ser at han ikke orker dette på et vis, sant? [...] Det å se og spørre dem hva de ønsker, og hvordan de har hatt det. [...] Altså ha ungdommen selv i sentrum tenker jeg. (Informant 2)

Uenigheter mellom profesjonene ble trukket frem som en hindring for samarbeid. En informant fortalte at etaten hadde mange sterke profesjoner og at “faget står veldig sterkt” for mange ansatte. Videre sa hen at profesjonene kunne være veldig tydelige på hva de mener er best for brukeren. Etatens samarbeidsutfordringer ble tilskrevet slike ulikheter i perspektiv.

“[...] her ligger jo veldig utfordringsbildet vårt, at profesjoner og de ulike kunnskapssynene står mot hverandre. Eller de harmonerer ikke alltid. Så vi har noen eksempler på store uenigheter rundt hvilken kunnskap som er den riktige, og hvilken som skal brukes i for eksempel ut av utvikling eller start ut av tjenester.” (Informant 5)

En informant fortalte at ved profesjonsuenigheter rundt hvordan man kunne hjelpe ungdommen, måtte brukerperspektivet veie tyngst. Hen opplevde at brukerens perspektiv hadde evnen til å samle profesjonene ved uenigheter.

“[...] de aller fleste klarer å legge til side sine faglige, hva skal jeg si, råd og intensjoner og sånn hvis de er, hvis vi klarer å få frem hva at denne brukeren trenger litt ut av deg og litt ut av deg og litt ut av sant.” (Informant 5)

6.8 Studiens hovedfunn

De seks temaene som har blitt presentert viser ulike aspekter av informantenes opplevelser med å jobbe psykisk helsefremmende rettet mot ungdom. Funnene gjenspeilet en bevissthet rundt psykisk helse blant ansatte i kommunen, og en anerkjennelse av det som en av deres viktigste satsningsområder. Samtidig kom det tydelig frem at etatens tjenester var spredt utover mange fagområder og hva som vektlegges i arbeidet med psykisk helse var sprikende, men at de samarbeidet for å gi ungdom et optimalt tilbud. For å fremme god psykisk helse blant ungdom kom viktigheten av å treffe ungdommene med tjenestene frem. Å utvikle tjenesten ut ifra når og hvor ungdommenes trengte fremstod som en sentral del av dette. Informantene vektla ungdommenes behov for å ha uformelle og lett tilgjengelige tjenester hvor de har mulighet til å motta rask hjelp, og gjerne uten synlighet for andre ungdommer. De

uttrykte også at ungdommene ønsket å knytte relasjoner til tjenesteyterne. For å styrke ungdoms psykiske helse ble forebyggende og helsefremmende innsats sett som essensielt. Informantene trakk frem tidlig innsats, lavterskeltilbud, selvhjelpsverktøy og innsats for å “normalisere” psykisk helse som nøkkelverktøy i dette arbeidet. Allikevel ble det tydelig at dagens tilbud er preget av tjenester som ikke er i stand til å møte etterspørselen, og som mangler kapasitet til å prioritere helsefremmende og forebyggende arbeid.

Funnene viste også et syn på tverrfaglig samarbeid som nødvendig i tjenesteytingen, og psykisk helsefremmende arbeid generelt. Tverrfaglig samarbeid var en satsning i etaten og fremstod som i stadig utvikling, noe som ble tydeliggjort gjennom en pågående samlokaliseringsprosess. Ifølge informantene ble kjennskap til hverandre og hverandres tjenester, felles arenaer for samarbeid, felles mål for samarbeid og utpreget respekt og åpenhet for andres kompetanse, vurdert som grunnleggende aspekter av velfungerende samarbeid. Brukernes egen påvirkning på tjenestene og rolle som samarbeidspartner ble også vektlagt. Det tverrfaglige samarbeidet møtte på utfordringer i grensene mellom etater og profesjoner.

7 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan ansatte i Etat for barn og familie opplevde etatens psykisk helsefremmende arbeid med ungdom, med en vektlegging av det tverrfaglige samarbeidet. I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene i lys av tidligere forskning og teori. I den første delen vil hvert enkelt hovedfunn diskuteres. Deretter vil det diskuteres hvilke implikasjoner funnene har for helsefremmende arbeid, og forslag til videre forskning presenteres. Jeg vil også rette et kritisk blikk mot inneværende studie og vurdere dens styrker og begrensninger.

7.1 Å fremme psykisk helse blant ungdom – hva må til?

Denne studien har vist at det helsefremmende perspektivet på psykisk helse var utbredt blant informantene. Psykisk helse fremstod som en gjennomgående tematikk i deres arbeid, samtidig som det ble tydelig at tidlig innsats er nødvendig. Ungdoms psykiske helse har som nevnt blitt løftet frem i det politiske bilde gjennom folkehelsemeldinger og planer, og det har gjennom flere år vært en økende anerkjennelse av psykisk helse som et utvidet begrep som inkluderer livskvalitet, trivsel og mestring (Meld. St. 19 (2014-2015)). På den måten gjenspeiler informantene de politiske målsettingene og strategiene som er satt for arbeidet med barn og unge. Deres uttalelser viser at prioriteringen av psykisk helse også er utbredt ute i tjenestetilbudet, og er en refleksjon av den politiske satsningen. Funnene støtter tidligere forskning som har vist at helsesykepleiere ser psykisk helsefremmende innsats som nødvendig i deres arbeid (Anttila et al., 2020; Moen & Skundberg-Kletthagen, 2018). Denne studiens funn viste at ungdoms psykiske helse også er en prioritering og et fokusområde blant ansatte i Etat for barn og familie. Dette er funn som igjen understreker verdien av psykisk helsefremmende arbeid rettet mot ungdom i en norsk kommunesetting.

7.1.1 En tjeneste tilpasset ungdommenes behov

Til tross for at psykisk helse ble ansett som viktig i etatens arbeid, uttrykte informantene at tjenestene ikke er tilpasset ungdommenes behov i stor nok grad. Som en konsekvens av dette opplevde informantene at enkelte ungdom med behov for tjenester ikke ble fanget opp av det nåværende tilbudet. Det sammenfaller med funn som har vist at flere ungdommer, spesielt de med psykiske helseplager, opplever skolehelsetjenesten som utilgjengelig (Kivimäki et al.,

2019; Hellström og Beckman, 2021; Ekornes, 2020). Ifølge Potrneby og kollegaer (2021) kan manglende tilgjengelighet ha bidratt til at færre ungdommer med alvorlige psykiske plager oppsøker helsetjenester, til tross for at psykiske plager er økende i den gruppen. I studien økte bruken av slike tjenester når de ble mer tilgjengelige (Potrneby et al., 2021). Det at enkelte grupper ikke bruker tjenestetilbudet kan også skyldes individuelle barrierer for å oppsøke hjelp, slik som stigmatisering og manglende kunnskap om helsetjenestene (Radez et al., 2021).

Informantene opplevde at gutter var en gruppe det var spesielt vanskelig å nå ut til. Guttene oppsøkte tjenestene sjeldnere enn jentene og kom med andre behov og problemstillinger. Studiens funn støttes av funn som har vist at gutter opp opplever flere barrierer for å oppsøke helsesykepleier enn jenter, og at de oppsøker psykisk helsehjelp mindre hyppig enn jenter (Granrud, 2020; Haavik et al., 2019). Unge gutter har også rapportert at de anser helsestasjoner som en tjeneste tilpasset jenter (Sollesnes, 2010). I tillegg har oppsøking av hjelp for psykiske plager særlig blitt knyttet til stigmatisering og skam blant gutter, fordi det viker fra den tradisjonelle mansrollen (Granrud et al., 2020). Egne funn kan vitne om at tjenestene per i dag ikke møter behovet til denne målgruppen. Informantene tydeliggjorde også at tilpasninger til gutter som målgruppe er nødvendig fremover. Det stemmer overens med funn som har vist at unge gutter ønsker informasjonsformidling om helsetjenester som er utformet med tanke på å nå ut til dem som målgruppe (Hellström & Beckman, 2021). Det vil derfor være hensiktsmessig å vurdere denne målgruppens behov i den videre utviklingen av det psykiske tjenestetilbudet.

I tillegg til å ta hensyn til guttene ønsket informantene å utvikle tjenestene etter ungdommenes generelle behov. I den forbindelse ble tilstedeværelse på arenaene der ungdom befinner seg et tydelig tema. Det er en tanke som har dype røtter i helsefremmende arbeid, da Ottawa-charteret fremhevet at helse skapes der mennesker lever sine liv (WHO, 1986). Det kan stilles spørsmål ved om dette også burde gjelde ungdommers digitale liv. Denne studiens funn tydet på et behov for å utvikle digitale tjenester, noe som også ble fremhevet i regjeringens strategi for god psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Behovet for å legge til rette for digitale tjenester har også blitt påpekt av helsesykepleiere tidligere (Anttila et al., 2020). Informantene i studien mente digitalisering av tjenester, hvor man kan

være anonym, kunne redusere stigmatisering ved å oppsøke hjelp. Forskning har vist at ungdom ofte benytter seg av og er fornøye med digitale psykiske helsetjenester, og opplever tjenestene som tilgjengelige og anonyme (Kauer et al., 2014). Det kan være en indikasjon på at digitale tjenester dekker noen av behovene ungdom har fra helsetjenestene. Samtidig kan det tenkes at andre faktorer, slik som interaksjonen mellom tjenesteyterne og ungdom, minskes ved digitalisering av tjenestene. Uansett er digitale tjenesters betydning for å få ungdom til å oppsøke hjelp uavklart (Kauer et al., 2014). I likhet med tradisjonelle helsetjenester er jenter overrepresentert i bruken av slike digitale tjenester, og flere ungdommer kjenner ikke til slike tilbud. Det er derfor mulig at digitale psykiske helsetjenester har flere fordeler, men det trengs mer forskning for å fastslå nyttiligheten av dem og om de kan redusere barrierene for å oppsøke psykiske helsetjenester (Kauer et al., 2014).

Informantenes uttalelser om å tilpasse tjenestene til ungdommenes behov må ses i sammenheng med det de uttrykte at ungdommene trengte. Det som oftest ble poengtert var behovet for tilgjengelige tjenester. Tilgjengeligheten til tjenester har mottatt gjentagende oppmerksomhet i litteraturen, sett både fra perspektivet til ulike profesjoner og ungdommene selv. Larsen og kollegaer (2016) viste at helsesykepleiere prioriterer å være synlig og tilstedeværende for ungdom, mens andre funn indikerer at en tilgjengelig skolehelsetjeneste er nødvendig i helsefremmende arbeid (Skundberg-Kletthagen & Moen, 2017). Manglende tilgjengelighet er ifølge Hellström og Beckman (2021) en hindring for at ungdom oppsøker helsetjenester. Samtidig har forskning påpekt at ungdom og ansatte beskriver helsetjenestene som utilgjengelige (Johansson & Ehnfors, 2006; Steffenak et al., 2015; Beckman & Hellström, 2021), og ungdom etterspør tjenester som er fysisk synlige og ukompliserte å oppsøke (Ekornes, 2020; Granrud et al., 2020). I regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse, hevdes det at unge ikke opplever tjenestene som tilgjengelige nok og at de ikke er godt nok tilpasset deres behov (Prop. 121 St. (2018–2019)) Blant annet er det vanskelig å finne frem til tjenestene og åpningstidene er ikke nok treffsikre. Åpningstider ble også brukt som et eksempel på manglende tilgjengelighet av enkelte informanter i egen studie. Å ikke ha tjenestetilbud åpent på ettermiddag, kveld og helg ble vurdert som en hindring for å gi tilpassede tjenester til ungdommene. Disse funnene viser en tydelig uoverensstemmelse mellom hvor tilgjengelig tjenestene ønsker å være, og hva realiteten er. Dette kan ha sammenheng med mangelen på tid og ressurser som informantene i egen studie beskrev. Uansett årsak er manglende tilgjengelighet utfordring som burde adresseres i det videre.

Behovet for tilgjengelighet kom til syne gjennom informantenes vektlegging av tjenester med lav terskel for å oppsøke kontakt, rask hjelp og åpningstider utenfor tradisjonelle arbeidstider. Disse faktorene kan ses som konkrete måter å øke tjenestenes tilgjengelighet på. Lignende funn ble rapportert av Ekornes (2020) som viste at ungdom opplevde det som viktig å ha lett tilgang på tjenester, og at de ikke ønsker å vente lenge på hjelp. Anttila og kollegaer (2020) fant at helsesykepleiere oppmuntret og la til rette for mer tilgjengelige tjenester til ungdom, både ved å utvikle tjenester som kan oppsøkes anonymt, digitale tjenester og gruppeaktiviteter. Behovet for å gi ungdom lavterskeltilbud har også blitt fremhevet i litteraturen flere ganger (Hilli & Pedersen, 2021; Hilli & Wasshede, 2017). Økt innsats å utvikle psykiske helsetjenester som kan oppsøkes raskt og enkelt, og er åpne når ungdom trenger det, kan være en måte å tilnærme seg tilgjengelighetsproblematikken på.

Ungdommenes behov for anonymitet ble også fremtredende i funnene, og informantene beskrev det å oppsøke hjelp som en utfordring for ungdommene. Det ble tydelig at det var negative emosjoner og en opplevelse av skam knyttet til å slite psykisk. Frykten for at andre skulle vite at man sliter så ut til å forhindre at ungdommene oppsøkte hjelp. Tidligere forskning har pekt på frykten for å bli gjenkjent av andre ungdommer som en barriere for å oppsøke hjelp (Tharaldsen et al., 2017). Det kan ses i sammenheng med funn som har vist at ungdom rapporterer stigmatisering rundt psykisk uhelse og opplever oppsøking av helsetjenester som tabubelagt (Granrud et al., 2020; Tharaldsen et al., 2017). I forskningslitteraturen har stigmatisering og negative holdninger til psykisk helse gjentatte ganger blitt utpekt som en barriere for å oppsøke helsetjenester (Hellström & Beckman, 2021; Radez et al., 2021; Velasco et al., 2020). Ifølge Hellström og Beckman (2021) ønsker ungdommer diskresjon når de oppsøker tjenester på grunn av følelser av skam. Samtidig viste Granrud (2020) til konfidensialitet som nødvendig for at unge gutter skal oppsøke helsesykepleier. Dette kan kobles til at informantene i egen studie så det å normalisere psykisk helse som en av deres viktigste oppgaver for å fjerne skammen knyttet til psykiske plager. Dette underbygges av forskning som har vist at økt kunnskap om psykisk helse og hva som kjennetegner psykiske lidelser har en positiv innvirkning på oppsøking av hjelp (Ekornes, 2020; Velasco et al., 2020). I sum understreker egne funn viktigheten av å skape

tjenester som ungdom føler seg komfortable med å oppsøke, samtidig som tersklene for å oppsøke hjelp senkes.

Beskrivelsene fra informantene antydde også at ungdom behøver tjenester hvor de kan skape relasjoner til tjenesteyterne. Det burde ses i sammenheng med forskning som peker på tillit mellom ungdom og tjenesteytere som essensielt for psykisk helsefremming (Hellström & Beckman, 2021; Hilli & Pedersen, 2021). Tidligere har helsesykepleiere omtalt etableringen av tillit som nødvendig for at ungdom skal føle seg komfortable og oppsøke tjenester ved behov (Hilli & Wasshede, 2017). Annen forskning viser at ungdom selv også vektlegger kjennskap til og et tillitsforhold til tjenesteyterne som avgjørende deres bruk av tjenestene (Ekornes, 2020). Som Johansson og Ehnfors (2006) viste, ønsket ungdommer tillit og støtte, samt en opplevelse av å bli sett i helsefremmende dialog med helsesykepleier. Disse funnene understreker verdien av en tillitspreget relasjon mellom ungdommene og tjenesteyterne, som kan forklare funnene i inneværende studie. Ifølge Larsson og kollegaer (2014) er å det å være tilgjengelig og pålitelig med på å etablere et tillitsforhold til ungdommene.

De samlede funnene gir en indikasjon på hva ansatte i Etat for barn og familie opplever at ungdom trenger fra tjenester som skal fremme deres psykiske helse. Sentrale faktorer for å fremme psykisk helse med ungdom som målgruppe var: lett tilgjengelige tjenester hvor man får øyeblikkelig hjelp og kan knytte relasjoner til tjenesteytere, men samtidig ivaretar en grad av anonymitet. Flere av faktorene har også blitt identifisert som betydningsfulle i hvorvidt ungdom oppsøker hjelp eller ikke (Radez et al., 2021). Funnene kan derfor være en pekepinn på hvordan tjenester til ungdom burde utvikles, slik at de benytter seg av slike tjenester.

7.1.2 Økt helsefremmende og forebyggende innsats

Slik det ble formidlet i denne studien ble det tydelig at tjenestetilbudets nåværende oppbygning ikke er dekkende nok til å gi ungdom et best mulig tilbud. Informantene rapporterte at etatens tjenester sliter med å imøtekomme dagens behov, samtidig som behovet for tjenester er økende. Tidligere forskning har underbygget en økning i selvrapporterte psykiske plager (Reneflot et al., 2018), og økningen i omfang og alvorlighet av psykiske plager har blitt påpekt av helsesykepleiere tidligere (Anttila et al., 2020). Videre ble det i en

kartlegging av psykiske helsetjenester til barn og unge avdekt at tjenestene er presset og har betydelige kapasitetsutfordringer (Ukom, 2020). En oppdatert kartlegging tyder på at disse svakhetene i tjenestene har blitt forverret under korona-pandemien (Ukom, 2022). Funnene fra egen studie ser ut å bekrefte at denne tendensen også er til stede i Etat for barn og familie.

I tråd med tidligere forskning (Anttila et al., 2020; Hilli & Pedersen, 2021; Hilli & Wasshede, 2017), viste funnene at dagens bruk av ressurser ikke er ideell. Helsepsykiatere har rapportert at psykisk helsefremming i skolen begrenses som følge av manglende tid og ressurser til slikt arbeid, til tross for at de ønsker å jobbe mer helsefremmende (Anttila et al., 2020). Andre har vist at skolehelsetjenesten skal ha et helsefremmende fokus, men begrensninger i tid og ressurser presser de til å jobbe behandlende (Larsen et al., 2016). Dette ble også belyst av informantene i denne studien. De rapporterte at såkalte lovpålagte ”må-oppgaver” gikk utover tjenestenes kapasitet til å jobbe forebyggende og helsefremmende. Dermed samsvarer egen studie med annen forskning som peker på en tendens til at helsefremmende og forebyggende innsats i psykisk helse blir tilsidesatt til fordel for mer pressende virksomhet (Hilli og Pedersen, 2021; Larsen et al., 2016). Dette til tross for at slikt arbeid har en uttalt politisk prioritering og behovet for tjenester er økende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). En mulig forklaring er informantenes opplevelse av at helsefremmende arbeid ikke verdsettes nok i økonomiske vurderinger. Det kan spesielt være tilfellet dersom psykisk helsefremmende innsats ikke er langvarig eller systematisk nok til å påvirke ungdommers psykiske helse (Beckman & Hellström, 2021). Et eksempel på dette var informantenes beskrivelser av lavterskeltilbud for psykisk helse som ble utsatt for økonomiske kutt, fordi de ikke var lovpålagte. Denne nedprioriteringen av helsefremmende innsats er en svakhet som burde adresseres hvis helsefremmende og forebyggende arbeid skal få økt prioritet i arbeidet med ungdoms psykiske helse. Videre underbygger denne studiens funn et behov for endringer i tjenestenes innhold og organisering hvis målet om å styrke ungdoms psykiske helse skal nås.

I tillegg til manglende kapasitet i tjenestene til å jobbe helsefremmende, viste denne studien at kompetansen om psykisk helse kunne vært bedre. Behovet for økt psykisk helsekompetanse har også blitt trukket frem i andre studier. Hilli og Wasshede (2017) fant et behov for bedre opplæring om tematikken, mens Skundberg-Kletthagen og Moen (2017)

viste en etterspørsel for et kompetanseløft i tjenestene i form av mer opplæring om psykisk helse og bedre arbeidsverktøy. Begge identifiserte manglende kompetanse rundt psykisk helse som en hindring for helsefremmende innsats (Skundberg-Kletthagen & Moen, 2017; Hilli & Wasshede, 2017). Dette er også en faktor i psykisk helsefremmende arbeid som etaten burde adressere.

Tidligere forskning har foreslått en økning eller reorganisering av ressurser i den helsefremmende innsatsen i helsetjenestene til ungdom (Anttila et al., 2020; Hilli & Pedersen, 2021). Ungdom har også gitt uttrykk for at de opplever at helsetjenestene i skolen ikke alltid har nok ressurser og tid til å gi de den hjelpen de ønsker (Hellström & Beckman, 2021). Dette kan også kobles til forskning som viser at ungdom ønsker flere helsesykepleiere i skolen, fordi det nåværende tilbudet ikke er tilgjengelig nok (Johansson & Ehnfors, 2006). Når det gjelder hvor ressursene burde legges inn viste egne informanter en tydelig favorisering av tiltak og tilbud i den helsefremmende og forebyggende enden av skalaen. Oppbygning av lavterskeltilbud, selvhjelpsverktøy og samtaler for å normalisere psykisk helse stod sentralt. Disse har til felles at de er helsefremmende og relativt “enkle” tiltak for å styrke ungdoms psykiske helse. Slike rimelige og tilgjengelige tiltak har blitt beskrevet som skikket for å fremme psykisk helse tidligere (Anttila et al., 2020). I tillegg har tidlig innsats og lavterskeltilbud blitt utpekt som nødvendig i helsefremmende innsats (Hilli & Pedersen, 2021). Selv om det er begrenset kunnskap om effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak for ungdoms psykiske helse (Skogen et al., 2018), viser enkelte funn lovende effekter. En norsk studie viste at økt kunnskap om psykisk helse og helsetjenester blant ungdom er positivt assosiert med mentalt velvære (Bjørnsen et al., 2019). Det kan indikere at psykisk helsefremmende tiltak er en effektiv tilnærming for å styrke psykisk helse blant ungdom.

7.2 Etatens tverrfaglig samarbeid sett i lys av samordning

Studiens funn viste at etatens tverrfaglige samarbeid ble omtalt med både positivt og negativt fortegn. I generelle trekk fungerte samarbeidet innad i etaten godt og det ble formidlet at tjenestene kommuniserte bedre enn før og avstanden mellom tjenestene var redusert. Derimot fremstod i større grad samarbeidet med eksterne aktører som splittet og preget av siloinndelingen. Det kan tenkes at disse ulike oppfatningene er en refleksjon av hvordan Bergen kommune har organisert sine tjenester til barn og unge.

Når Bergen kommune samordnet barnevern og helsetjenester under Etat for barn og familie var målet å skape et mer helhetlig tilbud til barn og unge (Bergen kommune, 2016). Kommunen understrekte at de ønsket å unngå et fragmentert tjenestetilbud, hvor aktørene jobbet hver for seg (Bergen kommune, 2016). Basert på funnene i denne studien ser det ut til at samordningen har hatt en positiv effekt på samarbeidet mellom tjenestene, fordi barrierene mellom dem har blitt redusert. Det kan tyde på at samordningen har tilrettelagt for godt tverrfaglig samarbeid i etaten. Dette stemmer overens med at forpliktelse og formalisering av samarbeid øker koordinering mellom tjenester (Glavin & Erdal, 2018, s. 26).

I kontrast opplevde informantene samarbeidet med aktører utenfor etaten, slik som skole, barnehage og spesialisthelsetjenestene, som mer krevende og preget av barrierer. Funnene viste at det var vanskeligere å ta kontakt med disse og at samarbeid møtte større motstand enn intern i etaten. Det kan skyldes at samordning med disse tjenestene har uteblitt. Lignende funn ble gjort av Kanste og kollegaer (2013) som undersøkte samarbeidet mellom tjenester rettet mot barn og unge i en finsk kommune. De viste at samarbeid på tvers av sektorer opplevdes som vanskeligere, sammenlignet med internt i egen sektor. Til tross for samarbeidsvanskene, bør det bemerkes at studiens informanter trakk frem eksterne aktører som etatens viktigste samarbeidspartnere. Å sørge for at etatens samarbeid med disse fungerer godt er derfor noe som burde prioriteres for å sikre et godt tjenestetilbud.

Funnene indikerte også at organiseringen av tjenester til barn og unge ikke var optimal. Som tidligere nevnt har flere kommuner opprettet oppvekstetater i et forsøk på å samle tjenester til barn og unge, for å legge til rette for gode samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). I denne studien ble det etterspurt en oppvekstetat i Bergen kommune, fordi det per i dag ikke var god nok flyt mellom de ulike tjenestene. Det at en slik organisering ikke var blitt gjennomført i kommunen ble sett som negativt for den helhetlige tjenesteytingen. Det vitner om at mangelen på samordning av alle tjenester til barn og unge under én etat, skaper utfordringer i samarbeidet med aktører, slik som skole og barnehage. Denne observasjonen burde tas hensyn til i Bergen kommunes evaluering av den nåværende tjenesteoppbyggingen, hvor de kan vurdere om en oppvekstetat kan bli en realitet.

De ulike beskrivelsene av internt og eksternt samarbeid kan tyde på at organiseringen av tjenester til barn og unge i Bergen kommune ikke fungerer best mulig. Samtidig er det viktig å påpeke at informantene uttrykte at eksterne samarbeid har blitt forbedret de siste årene, noe som ble knyttet til opprettelsen av felles samarbeidsarenaer. Som Glavin og Erdal (2018, s. 26) viser til krever gode samarbeid en formalisering av samarbeid og samarbeidsstrukturer for at det skal fungere best mulig. Felles samarbeidsplattformer er et eksempel på en samarbeidsstruktur. Informantene underbygget viktigheten av samarbeidsplattformer når de uttrykte at strukturer for samarbeid med andre etater, i form av møter og tverrfaglige team, la grunnlag for bedre samarbeid. I forskning har felles møtearenaer, inkluderte både uformelle og formelle møter, blitt assosiert med velfungerende tverrfaglige samarbeid (Fukkink & Lalihatu, 2020). Samtidig fortalte informantene at slike samarbeidsplattformer gjorde det enklere for de å bli kjent med andre tjenester og tjenesteytere. Det har blitt vist at felles møteplasser kan skape bedre kjennskap mellom tjenestene og en følelse av fellesskap blant ansatte (Windswold, 2011). Dette kan forklares med at kjennskap til hverandre generelt er positivt for tverrfaglige samarbeid (Lone & Værnor, 2019; Sølvberg, 2015). På den måten viste funnene at etableringen av samarbeidsstrukturer på tvers av etater har vært positiv for det tverrfaglige samarbeidet mellom aktørene.

I sum indikerer studiens funn at Bergen kommunes oppbygning av tjenester til barn og unge skaper både muligheter og barrierer for samarbeid. Til tross for at samordning av barnevern og helsetjenester så ut til å ha ønsket effekt på samarbeid, ble det ikke sett som tilstrekkelig. Det tyder på at kommunen behøver større grad av samordning for å gi helhetlige tjenester til barn og unge.

7.2.1 Samlokaliseringens rolle i tverrfaglig samarbeid

Innad i etaten var den en påbegynt samlokalisering av barnevernstjenesten og barne- og familietjenesten, under “familiens hus”. Det var ulikheter mellom bydelene i hvor langt de hadde kommet i denne prosessen. Informantenes erfaringer pekte i retning av at en samling av tjenester forbedret tverrfaglig samarbeid, noe som er i tråd med tidligere forskning på feltet (Fukkink & Lalihatu, 2020; Martinussen et al., 2017; Windswold, 2011). Hvordan informantene opplevde en slik organisering ble preget av hvor i samlokaliseringsprosessen de

befant seg. Fullført samlokalisering ble positivt omtalt, mens de som kun hadde påbegynt prosessen var mer nøkterne i sine beskrivelser. Manglende samlokalisering ble karakterisert som negativt og krevende for tjenestene. Disse beskrivelsene belyser derfor samlokalisering på ulike tidspunkt, og viser at samlokalisering er en prosess.

Fellesnevneren i funnene var en positiv oppfatning av samlokalisering og dets nytteverdi i utviklingen av tjenestetilbudet. For de som var samlokaliserte hadde det gitt en større nærhet mellom tjenestene, mens for de som ventet var manglende samling av tjenester til hindring for delt kultur og nærhet mellom tjenestene. Lignende funn ble rapportert av Windswold (2011) som viste at fysisk samling av tjenester forenklet kontakten mellom ansatte, samt forbedret relasjonene mellom dem. Mangelen på geografisk nærhet resulterte i at ansatte følte seg utelatt fra samarbeid. Rousseau og kollegaer (2017) viste til en mer positiv innstilling til tverrprofesjonelt samarbeid etter samlokalisering, som kunne attribueres til en økt nærhet mellom tjenester. Studien bemerket at samlingen av tjenester kan forbedre kommunikasjon og skape positive følelser rundt kulturen i en organisasjon (Rousseau et al., 2017). Egne funn tydeliggjør at samlokalisering, eller mangelen på det, påvirker tverrfaglig samarbeid i tjenestene. I funnene ble det også gitt uttrykk for at samlokalisering medførte en mer helhetlig tjeneste til brukerne. Det kan være en indikasjon på at organiseringen under Familiens hus øker kvaliteten på tjenestene, slik Martinussen (2017) har rapportert. Andre studier har vist at slike familiesentre kan gjøre tjenester mer tilgjengelig for brukerne (Haugland et al., 2006), og det kan tenkes det også gjelder for Bergen kommune.

Det er relevant å påpeke at samlokaliseringen ble utpekt som et krevende område for etaten fremover. Bulling (2018) viste at samarbeid i familiesentre preges av utfordringer, slik som balansegangen mellom tverrfaglig og helsefremmende innsats og andre arbeidsoppgaver. Hvordan dette vil utartes i Etat for barn og familie er uvisst. Glavin og Erdal (2018, s. 25) påpekte at slike omorganiseringsprosesser kan skape gnisninger mellom tjenester, fordi det medfører endringer i hvordan virksomheten styres. Både ledere og ansatte må derfor se deres egen rolle i organiseringen (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). Hvis Bergen kommune er i stand til å skape en slik følelse av eierskap blant de ansatte, vil de trolig kunne unngå store konflikter.

7.3 Fremmende og hemmende faktorer i tverrfaglig samarbeid

Funnene som har blitt presentert viser samordning som en sentral del av tverrfaglig samarbeid. Når det er sagt viser teori at tverrfaglig samarbeid krever mer enn samordning (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Som Glavin og Erdal (2018, s. 15) poengterer er samordning av tjenester ikke alltid tilstrekkelig for å skape gode samarbeid, hvis det ikke legges inn innsats fra samarbeidsaktørene om å samarbeide. Det må foreligge *både* en struktur for samarbeid og et samarbeidsforhold mellom aktørene (Glavin & Erdal, 2018, s. 26). Informantene i denne studien utpekte flere faktorer de oppfattet som fremmende og hemmende for etableringen av et tverrfaglig samarbeid. Disse diskuteres i den følgende delen.

En av de mest fremtredende faktorene for velfungerende tverrfaglig samarbeid var kjennskap. Interessant nok var kjennskap todelt: kjennskap til hverandres tjenester og kjennskap til hverandre som kollegaer. Det første aspektet av kjennskap illustrerte et behov for å vite hvilke arbeidsoppgaver de ulike tjenestene utførte. Betydningen av å ha kunnskap om andre tjenester har også blitt vist i arbeidet med ungdoms psykiske helse tidligere (Sølvberg, 2015). Det sammenfaller med annen forskning og teori som viser at forståelse for og kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver kan fremme tverrfaglig samarbeid, mens mangelen på det kan fungere som en barriere (Cooper et al., 2016; Kanste et al., 2013; Lone & Værnor, 2019; Glavin og Erdal, 2018). Tidligere forskning av Lone og Værnor (2019) fant det utfordrende å etablere en god samarbeidskultur mellom tjenester uten tilstrekkelig kjennskap mellom samarbeidsaktørene. Det kan ha sammenheng med at manglende kunnskap om andre tjenester har blitt assosiert med mindre tillit, og lave forventninger og antagelser om andre tjenester (Widmark et al., 2011, 2016). Selv om kjennskap til andre tjenester ble fremhevet som nødvendig for samarbeid, var det noe etaten slet med å etablere. Som Widmark (2016) viste kan utilstrekkelig kunnskap om andre tjenester være kilde til frustrasjon blant ansatte i tverrfaglig samarbeid. Egne funn viste at manglende kjennskap fungerte som en barriere for å gi brukerne et godt tjenestetilbud. Informantene ga uttrykk for at tjenestene må bli bedre til å se ressursene utenfor egen tjeneste, slik at de kan henvise ungdom til de rette tjenestene.

Det andre aspektet av kjennskap var et behov for å ha relasjoner til andre ansatte i tjenesten. Informantene verdsatte å ha møtt og snakket med andre tjenester slik at de kunne utvikle en

kollegial relasjon. Informantene ga uttrykk for at slike relasjoner mellom tjenesteyterne kunne forenkle samarbeid hvis det oppstod konflikter. Gode relasjoner mellom samarbeidsaktører har vist seg å legge til rette for tverrfaglig samarbeid, noe egen studie også indikerer (Hesjedal et al., 2015). For lite kontakt mellom tjenester har blitt assosiert med vanskeligheter med å skape en god samarbeidskultur (Lone & Værnor, 2019). Windswold (2011) viste at å bli kjent med kollegaer på tvers av tjenester fremmet et godt samarbeidsmiljø og gjorde det lettere å ta kontakt med andre.

Tidligere forskning har antydnet at relasjonene mellom samarbeidsaktører burde kjennetegnes av åpenhet, respekt og tillit (Sølvberg, 2015). Disse faktorene inngår også i Glavin og Erdals suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid, og var også fremtredende i denne studien. Informantene fortalte at tverrfaglig samarbeid krever at tjenesteyterne ser verdien av andre profesjoners bidrag, og har en grunnleggende respekt i interaksjoner med andre. Det ble understreket at hver yrkesgruppe gir et unikt bidrag i arbeidet med å yte helhetlige tjenester. Windswold (2011) viste at ansatte i norske kommuner fremhever en åpen og imøtekommende innstilling til andres profesjonelle synspunkter, og tilhørende respekt for disse synspunktene som nødvendig i tverrfaglig samarbeid. Ifølge Lone og Værnor (2019) er også respekt for andres kompetanse en forutsetning for å skape en god samarbeidskultur, hvor det er gjensidig tillit mellom profesjonene og optimal utnyttelse av kompetanse. De viste også at lite kontakt mellom tjenester og faglige uenigheter kan forhindre dette. Tidligere funn har også understreket viktigheten av å verdsette andre profesjoners bidrag i samarbeid mellom psykiske helsetjenester for barn og unge (Cooper et al., 2016). Det å skape balanse mellom profesjoners perspektiver og oppfatninger har også vist seg å være fremmende for samarbeid i tverrfaglige team (Hesjedal et al., 2013). En annen faktor egne informanter nevnte var tillit, og de fortalte at tjenesteyterne må ta utgangspunkt i at andre yrkesgrupper utfører sin jobb etter beste evne. Dette er tilknyttet både åpenhet for andres kompetanse og respekt. Både Windswold (2011) og Clancy og kollegaer (2013) har utpekt tillit som nødvendig i samarbeid på tvers av yrkesgrupper. Mistillit mellom profesjoner har også vist seg å utgjøre en barriere for samarbeid mellom tjenester (Widmark, 2016).

I forbindelse med å være åpen for andre profesjoners kompetanse, fortalte informantene at tjenestene må kunne jobbe utenfor profesjonsgrensene. Informantene så det som negativt hvis

hver enkel profesjon valgte å avgrense sine arbeidsoppgaver, og i mindre grad jobbet sammen for å finne løsninger. Disse funnene ser ut til å reflektere det Skare (1996) omtaler som domenekonflikter. Domenekonflikter kan oppstå når profesjoner eller tjenester prøver å forsvare egne arbeidsoppgaver, og kan forhindre et velfungerende samarbeid. Å skape tydelige rammer og mål rundt samarbeidet vil derfor være sentralt (Skare, 1996). Axelsson og Axelsson (2009) presenterte altruisme som en alternativ tilnærming til profesjongrensener. I likhet med informantene i denne studien påpekte de at profesjoner må se utenfor egne rammer og gi slipp på noe av deres domene for at tverrfaglig samarbeid skal kunne fungere. Det å ofre egne interesser til fordel for et annet formål er det som kalles altruisme. I sammenheng med tverrfaglig samarbeid innebærer det å utnytte kompetansen hver profesjon besitter, for å gi brukere helhetlige og gode tjenester (Axelsson & Axelsson, 2009). Det var noe informantene i denne studien også ga uttrykk for, da de fortalte at alle profesjonenes kompetanse må brukes for å gi helhetlige tjenester til ungdom. Altruisme kan derfor være en mulig løsning på domenekonflikter i denne studiens kontekst.

Derimot forutsetter altruisme medvirkning og eierskap til samarbeid. Det kan knyttes til informantens vektlegging av å oppleve nytte og behov for samarbeid. Informantene gjorde det tydelig at hver enkelt samarbeidsaktør må oppleve samarbeidet som fruktbart og nødvendig for tjenesteytelsen. Det stemmer overens med Glavin og Erdal (2018, s. 43), som identifiserer å oppleve nytteverdi og nødvendighet som en forutsetning for samarbeid. De påpeker også at en skjevhet i gevinst i samarbeidet kan gi grobunn for konflikter og uenigheter (Glavin & Erdal, 2018, s. 40). I egne funn fortalte en informant at det ikke holdt at det var bestemt fra øvre hold at tjenestene skal samarbeide, hvis tjenesteyterne ikke anerkjenner et slikt behov. Det går tilbake til viktigheten av at de ansatte er aktive deltagere i samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 26). Videre viste denne studien at det må være en enighet om behovet for samarbeid. Med det mentes det at samarbeidsaktørene må ha en felles forståelse av hva samarbeidet skal tilføre tjenestene og hva som er poenget med å samarbeide. Å komme til enighet om et felles mål og et felles verdigrunnlag for samarbeid anses som en forutsetning for å lykkes (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). På samme måte kan profesjoners ulike mål og hensikter forhindre gode samarbeid (Skare, 1996, s. 179).

De faktorene som så langt har blitt identifisert som hemmende eller fremmende for tverrfaglig samarbeid har til felles at de omhandler relasjonen mellom tjenester eller profesjoner, som Glavin og Erdal (2018, s. 26) referer til som samarbeidsforholdet mellom aktørene. Samtidig ble samarbeidsstrukturer, i form av felles samarbeidsplattformer, ofte nevnt som nyttig for tverrfaglig samarbeid. Betydningen av samarbeidsplattformer har blitt diskutert tidligere i oppgaven, og vil ikke utdypes videre (se 7.2).

I tillegg fremhevet informantene behovet for å sette brukeren i sentrum i tverrfaglig samarbeid. Brukermedvirkning er en måte å innhente ungdommenes synspunkter på. Informantene gjorde det tydelig at tjenestene er avhengig av brukernes innspill for at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere. Et annet argument for brukermedvirkning var at det er nødvendig for å utvikle tjenester som møter ungdommenes behov, som tidligere ble vektlagt i psykisk helsefremmende arbeid generelt. Viktigheten av å ta hensyn til ungdommenes behov i tjenesteutviklingen har blitt gjentatt flere ganger i litteraturen (Beckman og Hellström, 2021; Hellström og Beckman, 2021). Andre studier har vist at profesjoner verdsetter innspill fra brukerne i samarbeid, fordi det kan gi de en opplevelse av eierskap til tjenester som de skal benytte (Iversen, 2021; Windswold, 2011). Enkelte informanter nevnte at å sette brukeren i sentrum kunne bidra til å redusere profesjonskonflikter, fordi profesjonene kunne enes om at brukerens behov kommer først.

7.4 Samarbeid som en nødvendighet

Uavhengig av hva som fremmet eller hemmet utviklingen av gode tverrfaglige samarbeid viste funnene at informantene verdsatte tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode.

Informantene opplevde samarbeid på tvers av tjenester som en nødvendighet for å klare oppgaven med å gi helhetlige tjenester til barn og unge, som igjen er en målsetting etaten jobber etter (Bergen kommune, 2016). Det er også i tråd med den generelle politiske satsningen rundt barn og unges psykiske helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Dette stemmer overens med teori som hevder at alle tjenesters bidrag er nødvendig hvis man skal jobbe helhetlig med psykisk helse (Glavin og Erdal, 2018, s. 21). Hvis tverrfaglig samarbeid mislykkes eller fungerer dårlig går det også hardest utover brukerne (Lauvås og Lauvås, 2004, s. 21). Det understrekes av definisjonen av tverrfaglig samarbeid som en arbeidsmetode for å nå et mål, og *ikke et mål i seg selv*. Samarbeid må ha som hensikt å gi

kvalitetstjenester til brukerne, ikke bare fungere som et verktøy mellom profesjoner, slik Widmark (2011) påpeker.

7.5 Implikasjoner for helsefremmende arbeid

En positiv forståelse av psykisk helse som en hverdagsressurs har fått en økende oppslutning i det norske folkehelsearbeidet, i takt med et økende fokus på å styrke ungdoms psykiske helse (Meld. St. 19 (2014-2015)). Per dags dato er det et begrenset kunnskapsgrunnlag for effektene av psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak (Skogen, 2018). Med andre ord vet vi lite om hva som fungerer i dette arbeidet. Samtidig som innsatsen mot ungdoms psykiske helse i folkehelsearbeidet har blitt kraftig forsterket de siste årene, ble det konstatert i folkehelsemeldingen fra 2015 at psykisk helse ikke har blitt prioritert i stor nok grad.

Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse ble lagt frem så nylig som 2019 (Prop. 121 St. (2018–2019)). Det kan ha sammenheng med de relativt få studiene som undersøker arbeidet med psykisk helse blant ungdom sett fra et helsefremmende perspektiv. Funnene i denne studien tyder på at ansatte i tjenestetilbudet til ungdom både ser verdien av å fremme psykisk helse, men også har konkrete tanker om hvordan det kan gjøres på best mulig måte. Det bygger opp om at de politiske planene og tiltakene er i tråd med behovet tjenesteyterne opplever ute i møte med ungdommene. På den måten kan studiens funn veilede fremtidig innsats for å fremme ungdoms psykiske helse.

Samtidig gir funnene indikasjoner på at kommunens psykisk helsefremmende arbeid har et forbedringspotensiale, spesielt med tanke på å nå ut til alle ungdommer med tjenestene og optimalisere samarbeidet på tvers av tjenester. De utfordringene som kommer til syne i denne studien gir implikasjoner i den videre utviklingen av tjenestetilbudet i ungdom, og burde utforskes gjennom både tiltak og forskning.

7.6 Studiens styrker og begrensninger

7.6.1 Forskningsdesign

Denne studien er en case studie, og gir derfor dyptgående kunnskap om en case. Et slikt forskningsdesign gjør det mulig å oppnå en innholdsrik innsikt i den utvalgte casen. For å forstå studiens funn er det nødvendig å gi tilstrekkelig informasjon om den bredere

konteksten rundt casen. Jeg gjorde dette ved å redegjøre for oppbygningen av tjenester til barn og unge i Bergen kommune, og Etat for barn og familie spesifikt. Jeg ga også informasjon om de rammene etaten jobber ut ifra, slik som deres 10-års plan og påbegynte samlokaliseringsprosjekt. Dette er informasjon som setter funnene inn i en større sammenheng, og gir et utgangspunkt for tolkning av funnene. Samtidig betyr det at funnene inngår i en spesifikk kontekst de ikke kan løsrives fra. Som tidligere nevnt bør det utvises forsiktighet ved å overføre funnene fra denne studien til andre kontekster, fordi overførbarheten i casestudier er omdiskutert. Uansett kan funnene være relaterbare til andre norske kommuner, og fungere som en inspirasjonskilde til deres arbeid med barn og unge. Relevansen vil sannsynligvis være høyest i lignende kontekster. Derfor kan det tenkes at kommuner med en tilnærmet lik oppbygning av tjenestetilbudet til barn og unge har særlig utbytte av funnene.

Selv om funnene er kontekstspesifikke, gjorde forskningsdesignet det mulig å oppnå en dypere innsikt i et tema. Casestudier som begrenses til én enkelt case kan gi mer dybdeforståelse av et tema, sammenlignet med å studere flere caser (Creswell & Poth, 2013, s. 102). Det er derfor underforstått at studien ikke kan gi breddekunnskap om temaet. Samtidig er evnen til å utforske et tema i detalj, en av de store styrkene med case studier og kvalitative studier generelt. Hvis jeg hadde benyttet en annen tilnærming til å studere etatens arbeid ville det sannsynligvis produsert andre funn. Det betyr ikke at denne studiens funn er ugyldige. Forskjellige tilnærminger gir ulike perspektiver på et tema, uten at en er mer eller mindre verdt. Jeg vil argumentere for at denne studien utgjør ett av flere tilnærminger til å forstå psykisk helsefremmende arbeid rettet mot ungdom, og dermed gir et unikt bilde at etatens arbeid.

7.6.2 Utvalg

Et annet aspekt ved denne case studien er at utvalget stammer fra én etat, som i seg selv begrenser utvalget. Temaet ble også belyst ut ifra perspektivet til en avgrenset gruppe ansatte i etaten. Det er dermed flere perspektiver som ikke er representert i denne studien. Det er mulig at andre ansatte eller avdelinger i etaten har en motstridende oppfatning av denne oppgavens tematikk, som ikke har blitt fanget opp. Samtidig er perspektivet til andre etater i Bergen kommune ikke representert i denne studien. Andre etater er ansvarlig for blant annet

skole, barnehage og spesialisthelsetjenesten, og har en sentral rolle i psykisk helsefremmende arbeid rettet mot ungdom. Deres perspektiver kunne utvidet forståelsen av arbeidet med denne oppgavens tematikk, og muligens gitt nye vinklinger. Samtidig burde det påpekes at de inkluderte informantene i studien har en viktig rolle i etatens arbeid og besitter unike synspunkter på deres arbeid. Deres perspektiver har derfor en egenverdi i seg selv, uavhengig av andres syn på arbeidet. Jeg valgte å fremme perspektivet til et mindre utvalg informanter i etaten, fordi dybdekunnskap er målet i casestudier. Ut ifra denne oppgavens omfang og tidsbegrensning, ville et større utvalg begrenset min evne til å gjøre grundige analyser av dataene.

7.6.3 Forskerrollen

Det er ikke til å unngå at min begrensede erfaring innen kvalitativ forskning har preget forskningsprosessen. Denne studien var første gang jeg hadde gjennomført kvalitative intervjuer og gjennomført kvalitative analyser, med unntak av øving gjennom masterprogrammet. Min rolle som ny forsker påvirket innhenting, bearbeiding og tolkning av dataene i denne studien. Det kan tenkes at lengre fartstid som forsker ville gitt en annen forståelse av dataene. Samtidig har jeg tidligere erfaring som intervjuer, ved bruk av standardiserte intervjuer. Mine erfaringer i denne rollen kunne jeg bruke i interaksjonen med informantene.

Denne studien tar utgangspunkt i et fortolkende paradigme, som sier at kunnskapen som oppstår under et intervju preges av interaksjonen mellom informanten og intervjueren (Neuman, 2011, s. 106). Med andre ord ble studiens data påvirket av mine personlige egenskaper, og hvordan de ble oppfattet av informantene. I datainnsamlingen var jeg som forsker en utenforstående i Etat for barn og familie, og fremmed for informantene. Det var også et betydelig alderssprik mellom informantene og meg, noe som kan ha farget deres oppfatning av meg som forsker. Det kan ha påvirket hva de valgte å dele med meg under intervjuene.

7.7 Forslag til videre forskning

Som tidligere nevnt har skolen og skolehelsetjenesten tradisjonelt blitt ansett som en sentral arena for psykisk helsefremmende arbeid med ungdom, noe som reflekteres i

profesjonsperspektivene som preger litteraturen. Verdien av helsefremmende innsats på områder slik som skole, hvor man kan nå ut til majoriteten av barn og unge, burde ikke undervurderes. Samtidig kan det tenkes at andre tjenesters synspunkter på og innsikt i tematikken har uteblitt. Fremtidige studier kunne utvidet litteraturen ved å inkludere flere profesjoners synspunkter ytterligere, slik som har blitt forsøkt i denne studien. I Bergen kommune kunne det vært hensiktsmessig å undersøke hvordan andre etater opplever arbeidet med å fremme psykisk helse blant ungdom. Det ville også vært interessant å se på etatenes vurderinger av det tverrfaglige samarbeidet med andre tjenester og etater, og om dette vesentlig skiller seg fra oppfatningene i Etat for barn og familie. Flere casestudier om andre kommuners psykisk helsefremmende arbeid rettet mot ungdom vil også med fordel kunne utforskes. En mulig fremtidig studie kunne tatt utgangspunkt i en tilnærmet lik kommunestruktur som i Bergen.

Videre er denne studien en utvidelse av den norske evidensbasen om tverrfaglig samarbeid rundt barn og unges psykiske helse, og har forsøkt å gi et helhetlig bilde ved å inkludere ulike profesjonsperspektiver. Med det adresserer denne studien det Schot og kollegaer (2020) hevder er en svakhet i feltet. Samtidig trengs det flere undersøkelser i en norsk kommunesetting for å styrke evidensbasen, fordi den nåværende litteraturen har en overvekt av funn gjort i andre nordiske land. Fremtidig studier kunne også med fordel fokusert på tverrfaglig samarbeid rettet mot barn og unge sett i fra et psykisk helsefremmende perspektiv, fordi evidensbasen rundt dette er mangelfull.

8 Avslutning

Med folkehelsemeldinger, strategier og opptrappingsplaner som bakteppe er innsats for å styrke ungdoms psykiske helse førende i dagens folkehelsearbeid. Bergen kommune, og Etat for barn og familie forsterker dette ved å satse på helhetlige tjenester til barn og unge med økt forebyggende og helsefremmende innsats. Formålet med denne studien var å undersøke hvordan ansatte i Etat for barn og familie opplevde det psykisk helsefremmende arbeidet i etaten. I den forbindelse ønsket jeg å vektlegge det tverrfaglige samarbeidet. Gjennom en kvalitativ tilnærming ble det innhentet erfaringer og synspunkter fra ansatte i etaten.

Funnene viste at etatens ansatte vektlegger psykisk helse i deres arbeid og beskriver det som en betydelig del av deres daglige arbeid, noe som igjen tyder på at psykisk helsefremmende innsats har gjennomslag ute blant tjenesteyterne. Det ble også tydelig at informantene har klare oppfatninger om hva som kan bidra til å styrke ungdoms psykiske helse. Det som utmerket seg, var ønsket og behovet for å ha tjenester som er tilpasset ungdommenes behov. Etatens nåværende tjenester nådde opp til ungdommenes behov i varierende grad, og det ble uttrykt at tjenestene må utvikles for å nå ut til alle ungdommer. Et eksempel på dette var mer tilpassede tjenester til enkelte grupper slik som gutter. For å nå ut til disse ble det tydelig at etaten må tenke nyskapende og annerledes enn tidligere, for eksempel gjennom større tilstedeværelse på sosiale medier og åpne tjenester på ettermiddag og kveld. Disse funnene kan være tegn på en påbegynt dreining av tjenestetilbudet til barn og unge hvor det tilpasses behovene til en ny ungdomsgenerasjon. Allikevel ble den helsefremmende innsatsen begrenset av mangel på tid og ressurser, og økt kapasitet i helsefremmende og forebyggende tiltak ble ansett som en nødvendighet for å møte behovet for tjenester. Funnene sammenfaller med tidligere forskning om hva som fungerer i psykisk helsefremmende arbeid rettet mot ungdom, og indikerer at det også er gjeldende i en norsk kommunekontekst. Fremtidige studier oppmuntres til å utforske dette videre.

I tilknytning til det psykisk helsefremmende arbeidet har studien forsøkt å belyse hvordan ansatte i Etat for barn og familie opplever det tverrfaglige samarbeidet med andre tjenester. Resultatene peker i retning av tverrfaglig samarbeid som nødvendig for å gi et helhetlig tjenestetilbud til ungdom. Til tross for dette var det varierende suksess i etatens interne og

eksterne tverrfaglige samarbeid. Det så ut til å være koblet til grad av samordning, hvor samarbeid mellom samordnede tjenester fungerte bedre. Samling av tjenester gjennom samlokalisering ble positivt omtalt og sett som et godt grunnlag for samarbeid.

Videre hadde informantene klare oppfatninger om faktorer som påvirket det tverrfaglige samarbeidet. For å skape gode samarbeid ble det vektlagt nære relasjoner mellom tjenestene preget av tillit, åpenhet og respekt, kjennskap til hverandre, og et syn på samarbeid som nyttig og nødvendig. Arbeidet burde også dra nytte av den helhetlige kompetansen i tjenestene, og gå utenfor grensene til individuelle enheter og profesjoner. Det ble også uttrykt at tjenestene må ta utgangspunkt i brukerne av tjenestene og deres behov. Allikevel viser funnene at det foreligger barrierer for å etablere gode samarbeid, som for eksempel etatsgrenser og utilstrekkelig kunnskap om andre tjenesters arbeidsoppgaver. Det indikerer at satsningen på tverrfaglig samarbeid i tjenestene til ungdom burde fortsettes, slik at tjenestetilbudet kan optimaliseres mer. Funnene illustrerer at det tverrfaglige samarbeidet rundt ungdoms psykiske helse er i utvikling, og den nylige samlokaliseringsprosessen er et steg i rett retning som øker tilgjengeligheten til tjenestene. Det taler i positiv retning av Bergen kommunes organisering av tjenester til barn og unge.

I sum viser funnene at Bergen kommune har kommet et godt stykke på vei i deres ambisjoner om å skape helhetlige tjenester til barn og unge, gjennom tverrfaglig samarbeid og koordinering av tjenester i Etat for barn og familie. Samtidig er det en vei å gå før det psykisk helsefremmende arbeidet fungerer optimalt. Til tross for økt politisk prioritering og kommunal innsats på feltet, ser det ikke ut til å være nok tid og ressurser til å jobbe helsefremmende, velfungerende lavterskeltilbud opplever økonomiske kutt, og den strukturelle inndelingen i etater medfører noen utfordringer. Det tyder på at det fortsatt gjenstår arbeid for å skape et kommunalt tjenestetilbud som styrker ungdoms psykiske helse i størst mulig grad. Denne oppgaven utgjør et lite bidrag for å utvide forståelsen av psykisk helsefremmende arbeid og tverrfaglig samarbeid rundt ungdom. Videre forskning bør ta sikte på å undersøke kommunenes arbeid med å styrke ungdoms psykiske helse, og tverrfaglig samarbeids rolle i dette, i andre settinger og kontekster.

Referanser

- Anttila, M., Ylitalo, M., Kurki, M. H., Hipp, K., & Välimäki, M. (2020). School Nurses' Perceptions, Learning Needs and Developmental Suggestions for Mental Health Promotion: Focus Group Interviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph17249503>
- Axelsson, R., & Axelsson, S. (2016). Organisering av samverknan - modeller, svårigheter och muligheter. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid. Et samfunnsoppdrag*. (2 utg.). Universitetsforlaget.
- Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320–330. <https://doi.org/10.1080/13561820902921811>
- Bakken, A. (2018). *Ungdata 2018. Nasjonale resultater (NOVA rapport 8/18)*. Hentet fra: <https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/3498/Ungdata-2018.%20Nasjonale%20resultater.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bakken, Anders. (2020). *Ungdata 2020. Nasjonale resultater (NOVA rapport 16/20)*. Hentet fra: <https://fagarkivet.oslomet.no/bitstream/handle/20.500.12199/6415/Ungdata-NOVA-Rapport%2016-20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Barry, Margaret. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Beckman, L., & Hellström, L. (2021). Views on Adolescents' Mental Health in Sweden—A Qualitative Study among Different Professionals Working with Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10694. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010694>
- Bergen kommune. (2015). *Folkehelseplan for Bergen kommune 2015-2025. Aktiv by - friske bergensere*. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/folkehelse/om-folkehelsearbeid-i-bergen/folkehelseplan>
- Bergen kommune. (2016). *Bergens barn, byens fremtid. Plan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, psykisk helsearbeid for barn og unge og barnevernet i Bergen 2016-2026*. Hentet fra: http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/0/VEDLEGG/2016464436-6382215.pdf
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 35(2). <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>
- Borg, E., & Pålshaugen, Ø. (2019). Promoting Students' Mental Health: A Study of Inter-professional Team Collaboration Functioning in Norwegian Schools. *School Mental Health*, 11(3). <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9289-9>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129, 19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4 utg.). Oxford University Press.
- Bulling, I. S., & Berg, B. (2018). “It’s our children!” Exploring intersectorial collaboration in family centres. *Child & Family Social Work*, 23(4), 726–734. <https://doi.org/10.1111/cfs.12469>
- Carta, M. G., Fiandra, T. di, Rampazzo, L., Contu, P., & Preti, A. (2015). An Overview of International Literature on School Interventions to Promote Mental Health and Well-being in Children and Adolescents. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11(1). <https://doi.org/10.2174/1745017901511010016>
- Christiansen, K. U., & Nordahl, T. (1993). *Tverretattlig samarbeid i utvikling: beskrivelse og evaluering av formalisert samarbeid mellom PP-tjenesten, barnevernet, helsestjenesten og skoler/barnehager i tre kommuner i Hedmark*. Kapére forlag.
- Clancy, A., Gressnes, T., & Svensson, T. (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3). <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x>
- Collishaw, S. (2015). Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370–393. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12372>
- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people’s mental health: a systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health and Development*, 42(3). <https://doi.org/10.1111/cch.12322>
- Creswell, J., & Poth, C. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. SAGE Publications
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design. Qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5 utg.). SAGE Publications.
- Creswell, John. W., & Poth, Cheryl. N. (2013). Five qualitative approaches to inquiry. I *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (3 utg.). SAGE Publications.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- de Ridder, K. A. A., Pape, K., Johnsen, R., Holmen, T. L., Westin, S., & Bjørngaard, J. H. (2013). Adolescent Health and High School Dropout: A Prospective Cohort Study of 9000 Norwegian Adolescents (The Young-HUNT). *PLoS ONE*, 8(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074954>
- Ekornes, S. (2015). Teacher Perspectives on Their Role and the Challenges of Inter-professional Collaboration in Mental Health Promotion. *School Mental Health*, 7(3). <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9147-y>
- Ekornes, S. (2020). Upper secondary students’ perceptions of the effects of expanded student services on their mental health literacy. *Pastoral Care in Education*, 38(4), 355–372. <https://doi.org/10.1080/02643944.2020.1751686>

- Evensen, M. (2019). Adolescent Mental Health Problems, Behaviour Penalties, and Distributional Variation in Educational Achievement. *European Sociological Review*, 35(4), 474–490. <https://doi.org/10.1093/esr/jcz015>
- Evensen, M., Lyngstad, T. H., Melkevik, O., & Mykletun, A. (2016). The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons using Data from the Young HUNT Study. *European Sociological Review*, 32(5), 552–566. <https://doi.org/10.1093/esr/jcw001>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-i-norge.-hva-sier-analyse-av-sykdomsbyrde/>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fukkink, R., & Lalihatu, E. S. (2020). A Realist Synthesis of Interprofessional Collaboration in the Early Years; Becoming Familiar with Other Professionals. *International Journal of Integrated Care*, 20(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.5482>
- Furu, K., Hjellevik, V., Hartz, I., Karlstad, Ø., Skurtveit, S., Blix, H. S., Strøm, H., & Selmer, R. (2018). *Legemiddelbruk hos barn og unge i Norge 2008–2017*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/legemiddelbruk-hos-barn-og-unge-i-norge-2008-2017/>
- Army, P., Berg, A., & Clausson, E. K. (2015). A qualitative study exploring adolescents' experiences with a school-based mental health program. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2368-z>
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis - Til beste for barn og unge i Kommune-Norge* (3 utg.). Kommuneforlaget AS.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4 utg.). Kommuneforlaget.
- Goodwin, J., Savage, E., & O'Donovan, A. (2022). "I Personally Wouldn't Know Where to Go": Adolescents' Perceptions of Mental Health Services. *Journal of Adolescent Research*, 1–29. <https://doi.org/10.1177/07435584221076056>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2). <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Granrud, M. D., Bisholt, B., Anderzèn-Carlsson, A., & Steffenak, A. K. M. (2020). Overcoming barriers to reach for a helping hand: adolescent boys' experience of visiting the public health nurse for mental health problems. *International Journal of Adolescence and Youth*, 25(1). <https://doi.org/10.1080/02673843.2020.1711529>
- Green, J., Cross, R., Woodall, J., & Tones, K. (2019). *Health promotion. Planning and strategies* (4 utg.). SAGE.
- Gressgård, L. J., Teig, I. L., & Gärtner, E.-M. (2013). *Interorganisatorisk kompleksitet og tidlig innsats overfor barn og unge i kommunal sektor*. Hentet fra: <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2631737/IRIS%20rapport%202013-212%20Barn-Unge%20Gjesdal%20kommune.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Haavik, L., Joa, I., Hatloy, K., Stain, H. J., & Langeveld, J. (2019). Help seeking for mental health problems in an adolescent population: the effect of gender. *Journal of Mental Health, 28*(5), 467–474. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340630>
- Haug, E., Robson-Wold, C., Helland, T., Jåstad, A., Torsheim, T., Fismen, A.-S., Wold, B., & Samdal, O. (2020). *Barn og unges helse og trivsel: Forekomst og sosial ulikhet i Norge og Norden (HEMIL-rapport 2020)*. Hentet fra: https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hevas_rapport_v10.pdf
- Haugland, R., Rønning, J. A., & Lenchow, K. (2006). *Evaluering av forsøk med familiesentere i Norge 2002–2004 (family centre pilot evaluation)*.
- Heckman, J. J. (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science, 312*(5782), 1900–1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lunderwold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A., & Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(4), 438–447. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Helgesen, M. K., Abebe, D. S., & Schou, A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk (samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017)*.
- Hellström, L., & Beckman, L. (2021). Life Challenges and Barriers to Help Seeking: Adolescents' and Young Adults' Voices of Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(24), 13101. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413101>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsesstrategi_2016.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Helsedirektoratet. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper. (Rapport IS-2839)*.
- Helsedirektoratet. (2017). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. En satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet*. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf/_/attachment/inline/e03655e0-8769-465c-8d7b-742f01851a58:d085662920c55a2f4ff038d58200b16170d31fef/Program%20for%20folkehelsearbeid%20i%20kommunene%202017-2027.pdf
- Hesjedal, E., Hetland, H., & Iversen, A. C. (2015). Interprofessional collaboration: self-reported successful collaboration by teachers and social workers in multidisciplinary teams. *Child & Family Social Work, 20*(4), 437–445. <https://doi.org/10.1111/cfs.12093>
- Hilli, Y., & Pedersen, G. (2021). School nurses' engagement and care ethics in promoting adolescent health. *Nursing Ethics, 28*(6). <https://doi.org/10.1177/0969733020985145>

- Hilli, Y., & Wasshede, K. (2017). Swedish school nurses' perspectives on caring for and promoting the health of adolescents with mental health problems – A qualitative study the Health of Adolescents with Mental Health Problems – A Qualitative Study. *Clinical Nursing Studies*, 5(3), 1–9. <https://doi.org/10.5430/cns.v5n3p1>
- Holte, A. (n.d.). *Sats bredt på psykisk helse i barnehage og skole!* Hentet fra: <https://arneholte.no/psykisk-helse/sats-bredt-pa-psykisk-helse-i-barnehage-og-skole/>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. v. d., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. v., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Iversen, L. C. (2021). *Forebygging av psykisk uhelse hos barn- og unge - et tverrfaglig samarbeid*. [masteroppgave] Universitetet i Stavanger.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., & Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion & Education*, 12(2_suppl), 9–25. <https://doi.org/10.1177/10253823050120020103x>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Johansson, A., & Ehnfors, M. (2006). Mental Health-Promoting Dialogue of School Nurses from the Perspective of Adolescent Pupils. *Nordic Journal of Nursing Research*, 26(4). <https://doi.org/10.1177/010740830602600403>
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *British Journal of Psychiatry*, 54, 5–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>
- Kanste, O., Halme, N., & Perälä, M.-L. (2013). Functionality of cooperation between health, welfare and education sectors serving children and families. *International Journal of Integrated Care*, 13(4). <https://doi.org/10.5334/ijic.1070>
- Kartverket. (2021). *Norske fylke og kommunar*. Hentet fra: <https://www.kartverket.no/til-lands/fakta-om-norge/norske-fylke-og-kommunar>
- Kauer, S. D., Mangan, C., & Sanci, L. (2014). Do Online Mental Health Services Improve Help-Seeking for Young People? A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3). <https://doi.org/10.2196/jmir.3103>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kinge, E. (2012). *Tverretatlig samarbeid omkring barn. En kilde til styrke og håp?* Gyldendal Akademisk.
- Kivimäki, H., Saaristo, V., Wiss, K., Frantsi-Lankia, M., Ståhl, T., & Rimpelä, A. (2019). Access to a school health nurse and adolescent health needs in the universal school health service in Finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 165–175. <https://doi.org/10.1111/scs.12617>
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287–297. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x>
- Knudsen, A. K., Tollånes, M. K., Haaland, Ø. A., Kinge, J. M., Skirbekk, V., & Vollset, S. E. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk*

- Factors Study 2015 (GBD 2015)*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2017/sykdomsbyrde-i-norge-2015/>
- Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E., Zack, M. M., Chapman, D., & Thompson, W. (2011). Mental Health Promotion in Public Health: Perspectives and Strategies From Positive Psychology. *American Journal of Public Health, 101*(8), 1–9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300083>
- Kuosmanen, T., Clarke, A. M., & Barry, M. M. (2019). Promoting adolescents' mental health and wellbeing: evidence synthesis. *Journal of Public Mental Health, 18*(1). <https://doi.org/10.1108/JPMH-07-2018-0036>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Gyldendal.
- Larsen, M. H., Christiansen, B., & Kvarme, L. G. (2016). Helsesøstres utfordringer for å fremme elevenes psykiske helse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, 12*(2). <https://doi.org/10.7557/14.4042>
- Larsson, M., Björk, M., Ekebergh, M., & Sundler, A. J. (2014). Striving to Make a Positive Difference: School nurses' experience of promoting the health and well-being of adolescent girls. *The Journal of School Nursing, 30*(5). <https://doi.org/10.1177/1059840513505223>
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - Perspektiv og strategi* (2 utg.). Universitetsforlaget.
- Lincoln, Yvonna. S., & Guba, Egon. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lone, J. A., & Værnor, K. E. (2019). Samarbeidskultur på oppvekstfeltet i norske kommuner. *Stat & Styring, 29*(3), 61–64. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-750X-2019-03-19>
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>
- Martinussen, M., Kaiser, S., Adolfsen, F., Patras, J., & Richardsen, A. M. (2017). Reorganisation of healthcare services for children and families: Improving collaboration, service quality, and worker well-being. *Journal of Interprofessional Care, 31*(4), 487–496. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1316249>
- Meld. St. 12 (2011–2012). *Stat og kommune – styring og samspel*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-12-20112012/id671829/>
- Meld. St. 19 (2014–2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?ch=1>
- Meld. St. 19 (2018–2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Melkevik, O., Nilsen, W., Evensen, M., Reneflot, A., & Mykletun, A. (2016). Internalizing Disorders as Risk Factors for Early School Leaving: A Systematic Review. *Adolescent Research Review, 1*(3), 245–255. <https://doi.org/10.1007/s40894-016-0024-1>
- Mittelmark, M. B. (2012). From associations to processes. I B. Wold & O. Samdal (Red.), *An ecological perspective on health promotion: systems, settings and social processes*. Bentham E books.

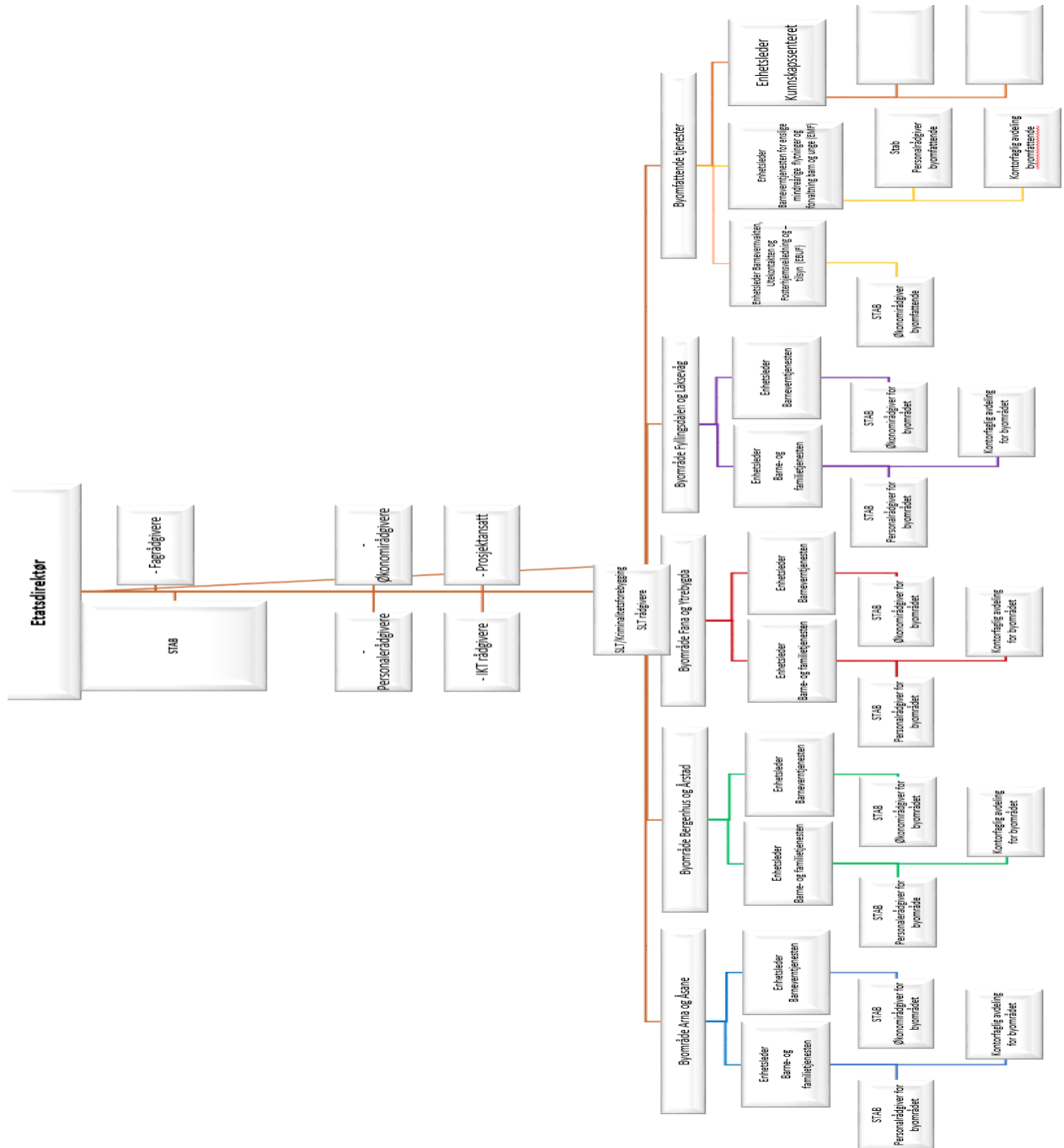
- Moen, Ø. L., & Skundberg-Kletthagen, H. (2018). Public health nurses' experience, involvement and attitude concerning mental health issues in a school setting. *Nordic Journal of Nursing Research*, 38(2), 61–67. <https://doi.org/10.1177/2057158517711680>
- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Health Promotion* (4 utg.). Elsevier.
- Neuman, W. L. (2011). The meanings of methodology. In *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7 utg.). Pearson.
- Ødegård, A., & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3). <https://doi.org/10.1080/13561820902739981>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38)*. Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Potrebny, T., Wiium, N., Haugstvedt, A., Sollesnes, R., Wold, B., & Thuen, F. (2021). Trends in the utilization of youth primary healthcare services and psychological distress. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06124-w>
- Prop. 121 St. (2018–2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Punch, Keith. F. (2014). *Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches* (3 utg.). SAGE Publications.
- Puolakka, K., Kiiikkala, I., Haapasalo-Pesu, K.-M., & Paavilainen, E. (2011). Mental health promotion in the upper level of comprehensive school from the viewpoint of school personnel and mental health workers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 37–44. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00787.x>
- Radez, J., Reardon, T., Creswell, C., Lawrence, P. J., Evdoka-Burton, G., & Waite, P. (2021). Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 183–211. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid (Dokument 3:11 (2014–2015))*. Hentet fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentligfolkehelsearbeid.pdf>
- Rørstad, K., Aksnes, D. W., Ramberg, I., & Wiig, O. (2019). *Kartlegging av forskning på psykisk helse i Norge (Rapport 2019:4)*. Hentet fra: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/2601685>
- Rousseau, C., Pontbriand, A., Nadeau, L., & Johnson-Lafleur, J. (2017). Perception of interprofessional collaboration and co-location of specialists and primary care teams in youth mental health. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(3), 198–204.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 276–295. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x>

- Samdal, O., Mathisen, F. K. S., Torsheim, T., Diseth, Å. R., Fismen, A.-S., Larsen, T., Wold, B., & Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge (HEMIL-rapport 2016)*. Hentet fra: <https://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEMIL-rapport2016.pdf>
- Savolainen, O., Sormunen, M., Bykachev, K., Karppi, J., Kumpulainen, K., & Turunen, H. (2020). Finnish professionals' views of the current mental health services and multiprofessional collaboration in children's mental health promotion. *International Journal of Mental Health*, 50(3). <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1848235>
- Saxi, H. P., Bukve, O., Gjertsen, A., Gustavsen, A., & Langeland, A. (2014). *Parlamentarisme i norske byer og fylkekommuner i sammenlignende perspektiv (UiN-rapport nr. 4 2014)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/rapporter/parlamentarismeuin.pdf>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3). <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Seaton, J., Jones, A., Johnston, C., & Francis, K. (2021). Allied health professionals' perceptions of interprofessional collaboration in primary health care: an integrative review. *Journal of Interprofessional Care*, 35(2), 217–228. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1732311>
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research: A practical handbook* (3 utg.). SAGE Publications.
- Skare, S. (1996). *Flerkulturelt barnevernsarbeid: En innføring* (2 utg.). Kommuneforlaget.
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J., & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelse-tilta/>
- Skundberg-Kletthagen, H., & Moen, Ø. L. (2017). Mental health work in school health services and school nurses' involvement and attitudes, in a Norwegian context. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 5044–5051. <https://doi.org/10.1111/jocn.14004>
- Smith, S., & Bevan, A. (2020). Role of school nurses in identifying and supporting children and young people with mental health issues. *Nursing Children and Young People*, 32(2), 23–28.
- Sollesnes, R. (2010). Exploring Issues That Motivate Contact with Adolescent Health Clinics. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30(2). <https://doi.org/10.1177/010740831003000202>
- Sølvberg, M. S. (2015). *Tverrfaglig samarbeid - en kvalitativ studie av samarbeid mellom profesjoner som arbeider med psykisk helse*. [masteroppgave]. Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet .
- Stake, R. E. (2005). *The Sage handbook of qualitative research* Sage Publications Ltd. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Red.), *The Sage handbook of qualitative research* . Sage Publications .
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *11342: Areal og befolkning, etter region, statistikkvariabel og år [Datasett]*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/11342>

- Statistisk sentralbyrå. (2022a). *07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 - 2022 [Datasett]*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>
- Statistisk sentralbyrå. (2022b). *09280: Areal (km²), etter region, statistikkvariabel og år [Datasett]*. Statistisk sentralbyrå. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/09280/>
- Steffenak, A. K. M., Nordström, G., Hartz, I., & Wilde-Larsson, B. (2015). Public health nurses' perception of their roles in relation to psychotropic drug use by adolescents: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(7–8), 970–979. <https://doi.org/10.1111/jocn.12716>
- Suren, P., Furu, K., Reneflot, A., Ned, R. B., & Torgersen, L. (2018). Barn og unge: Livskvalitet og psykiske lidelser. In *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]*. Folkehelseinstituttet.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse* (4 utg.). Fagbokforlaget.
- Tharaldsen, K. B., Stallard, P., Cuijpers, P., Bru, E., & Bjaastad, J. F. (2017). 'It's a bit taboo': a qualitative study of Norwegian adolescents' perceptions of mental healthcare services. *Emotional and Behavioural Difficulties*, *22*(2). <https://doi.org/10.1080/13632752.2016.1248692>
- Thomas, G. (2016). *How to do your case study* (2 utg.). SAGE Publications.
- Ukom. (2020). *Ungdom med uavklart tilstand. Samhandling mellom kommunale tjenester og mellom kommunale tjenester og BUP (Rapport 3-2020)*. Hentet fra: <https://ukom.no/rapporter/ungdom-med-uavklart-tilstand/ungdom-med-uavklart-tilstand>
- Ukom. (2022). *To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge*. Hentet fra: <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>
- Velasco, Antonia. A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02659-0>
- WHO. (1948). *Constitution of the World health organization*. Hentet fra: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO. (2001). *The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope*. Hentet fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- WHO. (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Hentet fra: https://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
- WHO. (2004). *Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice. Summary report*.
- WHO. (2005). *Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice*. Hentet fra: https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf
- WHO. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Hentet fra: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

- WHO. Regionalt kontor for Europa. (1984). *Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*. Hentet fra: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Sveen, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695–705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International Journal of Integrated Care*, 11(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.653>
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2016). What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and interorganizational collaboration in the welfare sector. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 50–55. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1055716>
- Windswold, A. (2011). *Evalueringen av prosjektet Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge (NOVA Rapport 18/2011)*.
- Yilmaz, K. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: Epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of Education*, 48(2), 311–325.
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research Design and Methods* (5 utg.). SAGE Publishing.

Vedlegg 1. Oppbygning Etat for barn og familie og tjenester med stabsfunksjoner



Notat. Figur tilsendt av etaten

Vedlegg 2. Informasjonsskriv “Folkekommune”

FORSKNINGSPROSJEKT HOS ETAT FOR BARN OG FAMILIE, BERGEN KOMMUNE

Innledning

Bergen kommune leder forskningsprosjektet «Folkekommune» som er finansiert av Forskningsrådet. Temaet for prosjektet er folkehelse, og folkehelse forstås med utgangspunkt i Folkehelseloven, der folkehelse defineres som et bredt, tverrsektorielt ansvarsområde. Kommunene skal gjennom utviklingen av politikk og tiltak bidra bl.a. til å utjevne sosiale forskjeller i befolkningen. Mange planer og tiltak i Bergen kommune har dette formålet, som Områdesatsingen og planen Bergens barn.

Prosjektet har særlig fokus på barn og unge og består av tre deler, såkalte arbeidspakker, som ledes av ulike fagmiljøer:

H1: Infrastruktur for tilgang på helsedata fra kommunenes fagsystemer (Norsk senter for forskningsdata, NSD)

H2: Utvikling av folkehelseindikatorer (Folkehelseinstituttet, FHI)

H3: Hvordan ta kunnskapen i bruk i folkehelsearbeidet i kommunene? (Institutt for helse, miljø og likeverd (HEMIL) ved Universitetet i Bergen (UiB).

Som en del av H3 ønsker vi å ha et forskningsprosjekt i Etat for barn og familie i Bergen kommune. I den første fasen av H3 studerte vi det administrative nivået i Bergen, med særlig fokus på planlegging og forankring av det tverrsektorielle samarbeidet. I denne fasen mener vi at det er mer interessant å studere en etat som er opprettet for å kunne jobbe tverrfaglig og helhetlig.

Tema og problemstillinger

I prosjektet ønsker vi sette søkelys på arbeidet med å fremme psykisk helse blant barn og unge. Vi er interessert i hvilke erfaringer Barne- og familieetaten har med å jobbe med denne målgruppen, og vi har formulert følgende hovedproblemstillinger for prosjekter:

- Hvordan jobber etaten for å fremme barn og unges psykiske helse?
- Hvilke erfaringer har etaten med å jobbe tverrsektorielt og tverrfaglig?
- Hvilke typer kunnskap er viktig i arbeidet med denne målgruppen (For eksempel egen fagkunnskap, forskning og statistikk)?
- Hvordan arbeides det med medvirkning fra målgruppene?

Framgangsmåte og metode

Dette prosjektet er en kvalitativ studie, der vi vil benytte personlige intervjuer og dokumenter som datakilder.

Vi ønsker å gjennomføre personlige intervjuer med ansatte i etaten, og vi ønsker å diskutere med dere hvem det kan være relevant å snakke med. Så langt har vi tenkt at det kan være interessant å intervjuer enhetslederne i de ulike byområdene, og også enhetslederne i de byomfattende tjenestene. Vi lurer også på om vi bør intervjuer etatsdirektøren eller andre i den sentrale ledelsen.

Vi ønsker å gjennomføre intervjuene fra tidlig i januar 2022.

Når det gjelder dokumenter, vil dette særlig være relevante kommunale planer, rapporter o.l.

Prosjektet vil resultere i to masteroppgaver, som skal leveres i mai 2022. I tillegg vil det bli publisert en rapport som en del av Folkekommune prosjektet.

Samarbeid med Etat for barn og familie

Vi ønsker at prosjektet skal oppleves som interessant og meningsfull for etaten, og vi tar gjerne imot innspill når det gjelder innretning og gjennomføring av prosjektet.

Hvert intervju vil vare ca. en time, så vi trenger at enhetslederne er villige til å stille til intervju.

Vi vil også trenge hjelp til å arrangere intervjuavtalene, det vil si å lage avtaler med tid og sted.

Vi ser fram til et positivt samarbeid med dere!

Vedlegg 3. Informasjons- og samtykkeskjema

Psykisk helsefremmende arbeid rettet mot ungdom i Bergen Kommune

Tusen takk for at du tar deg tid til å delta i vår undersøkelse!

Dette skrevet inneholder informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dataene som samles inn i dette intervjuet vil inngå som grunnlagsdata i forskningsprosjektet *Folkekommune*, som ledes av Bergen Kommune. De vil også bli brukt i to masteroppgaver i helsefremmende arbeid og helsepsykologi ved Institutt for helse, miljø og levekår (HEMIL) ved Universitetet i Bergen. *Folkekommune, del H3*, er et pågående samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen, Folkehelseinstituttet, NSD – Norsk senter for forskningsdata, Bergen kommune og 10 av Bergens omegnskommuner. I den forbindelse ønsker vi å undersøke følgende problemstilling: Hvordan jobber Bergen kommune med å fremme psykisk helse blant ungdom? Med et særlig fokus på kunnskapsbasert praksis, tverrfaglig samarbeid og koordinering av tjenester og brukermedvirkning. Det vil bli gjennomført intervjuer lokalt i kommunen Vinteren 2022.

Ansvarlig for forskningsprosjektet

Bergen kommune er prosjekteier og ansvarlig for hovedprosjektet *Folkekommune, del H3*. UiB/HEMIL-senteret er ansvarlig for delprosjektene som inngår i hovedprosjektet og som denne masteroppgaven er en del av.

Praktisk informasjon

To studenter gjennomfører intervjuet som vil vare ca 60 minutter. Intervjuet blir tatt opp på båndopptaker. Deltakelse i prosjektet er frivillig. Du kan når som helst trekke deg fra deltakelse uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil kun benytte opplysningene om deg til formålet vi har redegjort for i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Innsamlede data blir anonymisert ved at hver informant får et nummer. Nøkkel for å koble person og data vil bli oppbevart separat. Transkriberte, anonymiserte data overleveres hovedprosjektet ved Professor Elisabeth Fosse ved avslutningen av masterprosjektet.

Personlige opplysninger og nøkkel slettes samtidig.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Prosjektet er registrert i RETTE, Universitetet i Bergens system for behandling av personopplysninger.

Dine rettigheter

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

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

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

Prosjektansvarlig Professor Elisabeth Fosse på e-post: elisabeth.fosse@uib.no eller telefon: 930 47 742

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Folkekommune, del H3* og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at anonymiserte, transkriberte data benyttes i masterprosjektet
- at anonymiserte, transkriberte data overføres hovedprosjektet, Folkekommune, H3

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE BERGEN KOMMUNE 2022

Introduksjon til intervjuet

- Introduksjon av oss studenter + takk for deltagelse
- Gå gjennom informasjonsskrivet - samtykke, du kan trekke deg osv.
- Vi tar notater og bruker båndopptaker

Bakgrunn om informanten

- 1) Kan du fortelle litt om din utdannings- og arbeidsbakgrunn?
- 2) Hvor lenge har du jobbet i Etat for barn og familie?

Psykisk helse

I planen "Bergens barn, byens fremtid" står det at Bergen kommune skal fremme psykisk helse og forebygge sykdom blant barn og unge. Vi ønsker å høre om dine erfaringer med psykisk helsefremmende arbeid rettet mot ungdom.

- 3) Hvilke psykisk helsefremmende tiltak har dere rettet mot ungdom?
- 4) Hvilke målgrupper har dere i fokus?
- 5) Er planene og tiltakene rettet mot sårbare målgrupper eller universelle? For eksempel mot alle barn eller særlige utsatte grupper?
- 6) Hva er dine erfaringer/tanker rundt det å jobbe med psykisk helsefremmende arbeid?
- 7) Hva fungerer godt i det psykiske helsefremmende arbeid? Hva kan være utfordrende?
- 8) Hva skal til for å styrke ungdoms psykiske helse?
- 9) Hva tenker du er avgjørende for å lykkes med å fremme psykisk helse blant ungdom?
- 10) Er det noen områder som er viktig å prioritere i større grad enn det som gjøres nå?

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene

Kunnskapsbasert praksis er en sentral del av kommunens helsefremmende arbeid, og vi ønsker å høre dine tanker rundt dette.

- 11) Hva slags kunnskap finnes/har dere tilgjengelig? (F. eks statistikk, erfaring, folkehelseprofiler, forskning, annet.)
- 12) Hvordan brukes denne kunnskapen opp mot oppgavene deres i det psykiske helsearbeidet?
- 13) Hva legger du i begrepet kunnskapsbasert praksis?
- 14) Hva opplever du som barrierer eller muligheter for at det helsefremmende arbeidet skal være kunnskapsbasert?
- 15) Hva slags kunnskap har dere særlig behov for? Er det kunnskap som er vanskelig tilgjengelig i dag som ville være nyttig å ha?

Tverrfaglig samarbeid

Det er et mål å skape et helhetlig tilbud til barn og unge og tverrfaglig samarbeid er en sentral del av dette.

- 16) Hvilke rutiner for samarbeid har dere innad i etaten? (om konkrete brukere, om å utvikle tiltak osv.)
- 17) Hvem er etatens viktigste samarbeidspartnere?
- 18) Hvilke rutiner for samarbeid har dere med disse?
- 19) Hva er dine tanker og erfaringer rundt det å jobbe tverrfaglig med ungdoms psykiske helse?
- 20) Hva anser du som viktige kriterier for å kunne samarbeide innad etaten/avdelingen?
- 21) Hvordan opplever du at et slikt samarbeid fungerer?
- 22) hvordan synes du det tverrfaglige arbeidet påvirker deres tjenester ut mot brukeren?
- 23) Hva er barrierer eller muligheter for å drive med tverrfaglig samarbeid? Eksempler?

Brukermedvirkning i folkehelsearbeidet

Etaten har brukermedvirkning som ett av fire satsingsområder i deres planer.

24) Hvordan jobber dere med brukermedvirkning til daglig?

25) Hvilke brukergrupper er viktige å få med?

26) På hvilken måte kan brukermedvirkning være hensiktsmessig i det psykiske helsearbeidet?

27) På hvilken måte kan brukermedvirkning være en utfordring i det psykiske helsearbeidet?

Annet

28) Er det noen områder/tema vi ikke har vært igjennom, og som du tenker er viktige å belyse?

Takk for din deltakelse på intervjuet!