

Solveig Ovesen Sund

Døgnbehandling til mødre med fødselsdepresjon, -innleggelse med barn og partner: Orkdalsmetoden

«Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?»

Masteroppgave i Psykisk helse

Veileder: Birthe Loa Knizek

Juni 2020

Solveig Ovesen Sund

Døgnbehandling til mødre med fødselsdepresjon, -innleggelse med barn og partner: Orkdalsmetoden

«Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?»

Masteroppgave i Psykisk helse
Veileder: Birthe Loa Knizek
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Gjennom denne masteroppgaven er døgnbehandling til mødre med fødselsdepresjon, slik den er utarbeidet ved Orkdal DPS og BUP Orkdal, beskrevet på grunnlag av aktuell teoretisk referanseramme og forskning. I Orkdalsmetoden gis depresjonsbehandling og samtidig foreldreveiledning/ samspillsveiledning til mødre med fødselsdepresjon. Mor legges inn i døgnavdeling sammen med barn og partner. Hensikten med behandlingen er at mor får reduksjon i depresjonssymptomer, samtidig som at en forebygger skjevutvikling hos barnet.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med masteroppgaven er å kvalitetssikre behandlingsopplegget som er utarbeidet ved Orkdal DPS i samarbeid med BUP Orkdal, som tilbys mødre med fødselsdepresjon med behov for døgninnleggelse. Det er samhandlingsperspektivet mellom fagpersonell som er hovedfokus i denne oppgaven. Følgende problemstilling besvares i oppgaven:

«Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?»

Metode: Studien har benyttet kvalitativ metode, og data er samlet inn ved hjelp av to fokusgruppeintervju. Råmateriale er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Erfaringene fra helsepersonell som har deltatt i Orkdalsmetoden viser at det i et slikt samarbeid er svært viktig å ha felles kunnskapsgrunnlag, og et felles uttalt kunnskapsideal. Det er videre viktig at en har en god generell kunnskap av hva metoden bygger på. Å ha felles forståelse, gjensidighetskunnskap, kunnskapsoverføring mellom fagpersonell og likeverd i samarbeidet trekkes også frem som viktig. Kunnskap om metoden og gode retningslinjer som følges, trekkes også frem som viktig for å kunne gi god, helhetlig behandling. Strukturelle rammer som forskjellig journalsystem, ulik arbeidstid, deltidsstillinger og travelhet virker inn på hvordan en har mulighet til å ha tilstrekkelig informasjonsflyt og treffpunkt for å få til det daglige samarbeidet i praksis. Å legge gode, felles planer og å planlegge treffpunkt, er en viktig del av å få til å samarbeide på tvers av enheter, og god kommunikasjon mellom samarbeidspartene er nødvendig for å kunne gi god behandling. Rolleavklaring og tydelige ansvarsområder er også nødvendig for å få samarbeidsmodellen til å fungere.

Nøkkelord: Psykisk helse, postpartum depresjon, samspillsveiledning, døgninnleggelse, behandling, samarbeid, samhandling, Orkdalsmetoden.

ABSTRACT

Background: Through this master's thesis, inpatient care for women with postpartum depression, as developed by Orkdal DPS and BUP Orkdal, is described based on the current theoretical frame and research. In the "Orkdal - method", depression treatment and simultaneous parental guidance / interaction guidance are given to women with postpartum depression. The woman is admitted to the 24-hour ward together with baby and partner. The purpose of the treatment is to achieve reduction in depression symptoms, while at the same time prevent psychologically maladjustment in the child.

Purpose and issue: The aim of this master's thesis is to assure the quality of the treatment program developed by Orkdal DPS in collaboration with BUP Orkdal. The treatment is offered to women with postpartum depression in need of inpatient care. The main focus of this thesis is the interaction perspective between professionals. The following research question is answered:

"The "Orkdal - method" – which points of view and experiences do the professionals have in the project to ensure good collaboration with the aim of providing good unisonous treatment to the patient group?"

Method: The study has used qualitative method, and data were collected by means of two focus group interviews. Data were analyzed using systematic text condensation.

Result: The experience of health professionals who have participated in the Orkdal - method shows the importance of common knowledge in such collaboration, as well as an explicit common ideal of knowledge. It is emphasized that one must have a general knowledge of the theoretical frame which the method is based on. Having a common understanding, - knowledge about each other`s professional practice, - knowledge transfer between professionals and equality in the collaboration are also highlighted as important. Knowledge of the method and guidelines which are followed are also important in order to provide good, unisonous treatment. Structural frameworks such as different medical records, different working hours, part-time positions and busyness affect the opportunity of enough information flow and meeting points to practice the daily collaboration. Collaboration through common plans, meeting points and effective communication between units are crucial in order to provide good treatment. Role clarification and clear area of responsibilities are also necessary for the functioning of the collaborative model.

Keywords: Mental health, postpartum depression, interaction guidance, inpatient care, treatment, collaboration, interaction, Orkdal - method.

Forord

Arbeidet med dette masterstudiet og masteroppgaven har rommet både gleder, utfordringer, motivasjon, demotivasjon, tårer, latter, frustrasjonsutbrudd og mestring. Studiet startet etter et lite tiår med opphold i studier, og læringskurven har vært bratt fra jeg møtte opp med penn og papir første forelesningsdag frem til jeg nå leverer min splitter nye masteroppgave. Mitt mål med en masterutdanning var å bli i stand til å søke den kunnskapen jeg trenger eller ønsker, og å kunne kritisk vurdere den for så å vurdere hvilken endring dette kan og bør føre til i praksis. Å implementere ny kunnskap og praksis i praksis tar tid, men første steg på veien er kunnskap. Målet med min egen masteroppgave er å kunne utføre et selvstendig forskningsprosjekt, med veiledning, og nå er jeg endelig i mål med det. Jeg gleder meg nå til å i større grad kunne bidra til fagutvikling i praksis, og motivasjonen til å kunne bidra med det jeg har fått av kunnskap er stor.

Flere har stått med meg i prosessen mot en ferdig masteroppgave, en spesiell takk til min veileder Birthe Loa Knizek som på en trygg og erfaren måte har guidet meg gjennom søknadsprosesser, skisser, forsknings- og skriveprosess. Takk til medstudenter som har heiet på meg i prosessen, og bidratt med gode diskusjoner og tilhørigheten til et studentfelleskap. Takk også til kolleger på jobb som har bidratt med å ha tatt en del av arbeidsmengden min, med å delta i intervju, som støttespillere, diskusjonspartnere og å være overbærende med flakkende fokus i en lengre periode.

Til sist, og ikke minst, -takk til dere hjemme som har vært støttende og rause når mor og frue har tatt et dypdykk i studier.

Innholdet i denne masteroppgaven står for forfatterens regning.

Orkdal, juni 2020

Solveig Ovesen Sund

Innhold

1.0 Introduksjon/bakgrunn	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Avgrensing og presisering.....	1
1.3 Offentlige føringer	2
1.4 Hva vil min forskning bidra til?	3
1.5 Oppgavens oppbygging	4
2.0 Kunnskapsgrunnlag	5
2.1 Teoretisk referanseramme	5
2.1.1 Postpartum depresjon.....	6
2.1.2 Sped- og småbarns psykiske helse	7
2.1.3 Samspill mellom mor og barn, og dets påvirkning av utvikling.....	8
2.2 Aktuell forskning.....	10
2.3 Miljøterapi, samspillsveiledning og individuell behandling av depresjon.....	11
2.4 Samhandling og samarbeid	13
2.5 Presentasjon av Orkdalsmetoden	13
2.5.1 Lise, Elias og Pål	14
3.0 Problemstilling.....	16
4.0 Metode	17
4.1 Design og vitenskapsteoretisk forankring	17
4.2 Metodisk tilnærming	17
4.2.1 Min forforståelse	17
4.2.2 Utvalg og rekruttering	18
4.2.3 Intervjustruktur og gjennomføring av intervju.....	19
4.2.4 Transkribering.....	20
4.2.5 Gjennomføring av analyse.....	20
4.3 Etikk	22
4.3.1 Juridiske og forskningsetiske overveielser	22
4.3.2 Etske problemstillinger og overveielser	22
4.4 Metodediskusjon: Reliabilitet/validitet.....	22
5.0 Funn og diskusjon opp mot teoretisk referanseramme	24
5.1 Kunnskapsgrunnlag	24
5.1.1 Kunnskapsidealet.....	24

5.1.2	Generell kunnskap om og felles forståelse av metoden	26
5.1.3	Gjensidighetskunnskap, kunnskapsutveksling og likeverd.....	28
5.1.4	Kunnskap om selve metoden	30
5.2	Strukturelle rammer	32
5.2.1	Tilgang til felles informasjon	32
5.2.2	Utfordringer i forhold til kontinuitet og informasjonsflyt opp imot forskjellig arbeidstid og stillingsstørrelse.....	35
5.3	Pasientinvolvering	37
5.3.1	Manglende samtykke	37
5.3.2	Orkdalsmetoden eller ordinær innleggelse.....	38
6.0	Diskusjon	39
7.0	Avsluttende kommentar.....	44
	Kilder.....	45
	Vedlegg 1 Flytskjema Orkdalsmetoden.....	55
	Vedlegg 2 Intervjuguide	56
	Vedlegg 3 Tilbakemelding REK	58
	Vedlegg 4 Tilbakemelding NDS.....	60
	Vedlegg 5: Infoskriv og samtykke	62

1.0 Introduksjon/bakgrunn

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Denne oppgaven er en avsluttende eksamen ved NTNU, master i psykisk helse, voksen. Tema for oppgaven er døgnbehandling til mødre med fødselsdepresjon, - innleggelse med barn og partner. Min interesse for temaet ble vekket for mange år siden, gjennom mitt arbeid i en allmennpsykiatrisk døgnenhet på et Distriktpsikiatrisk senter (DPS). I perioder har vi hatt mødre med fødselsdepresjon inneliggende i avdeling, noen med, og noen uten sitt barn. Vi har nølende, men etter beste evne, gitt depresjonsbehandling til disse mødrene – og enkelte ganger bistått dem i å nærme seg sitt barn på nytt etter å kanskje å ha vært atskilt en kortere eller lengre periode i spedbarnstida. Mangel på kompetanse og erfaring i forhold til å ta vare på spedbarna og samspillet mellom mor og barn har de senere år blitt hyppigere diskutert. En begynte da å se ut over eget distrikt for å undersøke hvordan disse mødrene og barna ble ivaretatt og behandlet under en døgninnleggelse – for så å ikke finne publiserte data på dette. En fant også få eller ingen retningslinjer i forhold til dette i offentlige dokument. Det ble da naturlig for oss å invitere nærliggende Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) inn til et samarbeid om disse pasientene, -for å på en bedre måte kunne tilby behandling, som i større og i mer planlagt grad, tok vare på mor, barn og partner i denne situasjonen. Orkdalsmetoden var da under utvikling.

I Orkdalsmetoden gis depresjonsbehandling og samtidig foreldreveiledning/samspillsveiledning med den hensikt at mor får reduksjon i depresjonssymptomer, samtidig som at en forebygger skjevutvikling hos barnet. Hensikten med masteroppgaven er å kvalitetssikre behandlingsopplegget som er utarbeidet ved Orkdal DPS, døgnavdelingen, i samarbeid med BUP Orkdal, som tilbys mødre med fødselsdepresjon med behov for døgninnleggelse. Følgende problemstilling er valgt:

«Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?»

Data er innhentet gjennom 2 fokusgruppe intervju som ble gjennomført vinter/vår 2020.

1.2 Avgrensing og presisering

Masteroppgaven viser kunnskapsgrunnlaget Orkdalsmetoden er basert på, og hvilke nasjonale og juridiske føringer som ligger til grunn. Behandlingstilbudet er også åpent for mødre med stabilisert postpartum psykose, som etter stabilisering av psykosen har behov for døgninnleggelse. Postpartum psykose omtales ikke videre i oppgaven, da det er behandling av depresjon som har hovedfokus. Mange har symptomer på depresjon før fødsel, men dette er ikke en del av oppgaven, og utdypes ikke nærmere. Andre psykiske lidelser hos mor kan også være behandlingstrengende, eller ha behov for oppfølging og støtte, men dette omtales heller ikke videre i oppgaven. Kommunehelsetjenesten er naturlige samarbeidspartnere i Orkdalsmetoden, men dette samarbeidet er ikke vektlagt i oppgaven da problemstillingen og fokusgruppen omhandler forhold i spesialisthelsetjenesten.

Brukerperspektivet har de senere stått sentralt. Brukeren har rett til å medvirke til egen behandling, og si noe om hva som har betydning for sitt liv. Å delta i å sette målsettinger for sin behandling, og å delta som aktiv part sammen med fagpersonell når en velger tilnærming og tiltak er anbefalt i nasjonale retningslinjer og er lovfestet (Helsedirektoratet, 2019; Helsedirektoratet 2009; Pasientrettighetsloven § 3-1). Brukerperspektivet skal stå sterkt gjennom hele behandlingstilnærmingen også i Orkdalsmetoden, men dette utdypes ikke spesifikt i oppgaven da det er utenfor problemstillingen, og det er fagpersonells stemme og erfaring som er etterspurt i prosjektet. Det er samhandlingsperspektivet mellom fagpersonell som er hovedfokus i denne oppgaven.

1.3 Offentlige føringer

Ved fødselsdepresjon er det anbefalt ekstra oppfølging ved helsestasjon eller ved psykolog tilknyttet helsestasjonen. Det påpekes at det er viktig med et helhetlig perspektiv, der en skal trekke inn hele familien og styrke deres selvfølelse og kompetanse. Hvile, omsorg og støtte er også anbefalt tiltak for fødselsdepresjon (Helsedirektoratet, 2009 s. 77). Det anbefales videre at fødselsdepresjon behandles som ved andre depresjoner, -med psykologiske og psykososiale intervensjoner. Medikamentell behandling nevnes også, men dette kan være komplisert da dette ikke alltid er forenlig med amming. Helsedirektoratets (2009) anbefalinger for behandling av alvorlig fødselsdepresjon er at det bør tilbys et bredt spekter av tiltak som hjemmebesøk, avlastning, familiestøtte og strukturert psykologisk behandling. Fokus på eller tiltak i forhold til mor – spedbarn – samspill nevnes ikke. Det står videre at "der tilbudene i primærhelsetjenesten ikke er tilstrekkelige, bør det henvises til psykisk helsevern" (s.77). Innleggelse i psykiatrisk døgninstitusjon sammen med barn nevnes ikke spesifikt. I BUP sine retningslinjer ift. Sped- og småbarns psykiske helse (Helsedirektoratet, 2008) er det en tydelig anbefaling at der foreldrenes omsorgsevne er svak, skal det rettes fokus både på samspill og forhold som virker negativt inn på relasjonen mellom barnet og dets nære omsorgspersoner. Alle tiltak skal legge til rette for et best mulig utviklings støttende samspill og ivaretagelse av barnets tilknytningsbehov. Samhandlingsrutiner og samarbeid mot kommuner omtales i begge veilederne, mens det i mindre grad er fokus på samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten.

Rettighetene til barn som pårørende er nedfelt i helsepersonelloven (1999) § 10a, slik at en som helsepersonell har plikt til å avklare om psykisk syke har barn eller søsken under 18 år, og videre vedkommende sitt informasjons- eller oppfølgingsbehov. Her er familie, privat nettverk, helsestasjon, familiesenter, fastlege, BUP og/eller barnevern naturlige samarbeidspartnere. Informasjon til barnet om forelderens psykiske lidelse skal også gis, men på et nivå som er tilpasset barnet, og i samarbeid med og etter samtykke fra forelderens. Tiltakene er iverksatt da en vet at barn av psykisk syke er ekstra utsatt for psykososiale utfordringer og psykisk sykdom, og for å forebygge generasjonsoverføringer når det gjelder psykisk sykdom (Helsedirektoratet, 2017).

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b), er målsettingen at pasienten, pårørende og helsepersonell skal oppleve at helsetjenestene opptrer i team rundt sårbare pasienter. Det står videre at "helsepersonell jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som

virker, og utnytter mulighetene som teknologien gir” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019b, s. 7). Det kommer videre føringer på at vi skal lære av hverandre ved at kompetanse deles både i team og mellom institusjoner, og at en skal dele kunnskap etter et forbedringsarbeid. Pasientens helsetjeneste innebærer videre at tjenestene er koordinerte og helhetlige. Helseforetakene skal videre skape en heltidskultur og arbeide for å rekruttere og beholde ansatte i alle personellgrupper.

Folkehelsemeldinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a) tydeliggjør et prinsipp om at en skal forebygge der en kan, og reparere der en må. Fokus er altså her på å først og fremst forebygge sykdom.

Kommunale instanser har de senere år hatt fokus på å avdekke fødselsdepresjon ved hjelp av EPDS (Edinburgh Postnatal depresjonsscore), og innsatsen er trappet opp for å kunne gi god hjelp kommunalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019c). Der kommunal hjelp ikke er tilstrekkelig, skal det henvises til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2009). Allmennpsykiatrisk poliklinikk for voksne (VOP) og døgnavdelinger innen psykisk helsevern gir depresjonsbehandling til mødre med fødselsdepresjon, men samarbeid med BUP i forhold til oppfølging av barn-mor – samspill og tilknytning er ikke en del av behandlingen tradisjonelt sett. I Norge har en ikke spesialiserte avdelinger for familieinnleggelse for mødre med fødselsdepresjon, slik at en innleggelse i psykisk helsevern ofte vil føre til lite kontakt mellom mor og barn. Det er heller ikke spesifikke retningslinjer for kombinert oppfølging fra VOP og BUP ved poliklinisk behandling av mødre med fødselsdepresjon.

I Helsedirektoratets (2014) veileder «Sammen om mestring» legges det i forhold til psykisk helsearbeid og rusarbeid særlig vekt på at tjenestene og tjenestenivåene skal samarbeide for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester. Det står videre at:

Helhetlige og koordinerte tjenester forutsetter at det etableres tverrfaglige samarbeid om tjenestene, på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivåer. Tjenesteutøverne må samarbeide om løsninger som ivaretar brukerens mål og behov. Fagperspektivene bør forenes med utgangspunkt i et tydelig brukerperspektiv. Et godt samarbeid krever at utøverne utvikler felles forståelsesramme og begreps-forståelse. Gjensidig refleksjon rundt problemstillinger kan være en nøkkel i det tverrfaglige arbeidet. (Helsedirektoratet, 2014, s.98).

1.4 Hva vil min forskning bidra til?

Døgnbehandling av mødre med fødselsdepresjon, der en gir depresjonsbehandling og samspillsveiledning/foreldreveiledning parallelt, er en lite etablert praksis i spesialisthelsetjenesten i Norge. Gjennom å beskrive det teoretiske grunnlaget for etableringen av Orkdalsmetoden, og beskrivelse av arbeidsmodellen, håper man å bringe inn kunnskap som kan påvirke hvordan behandlingen av mødre med fødselsdepresjon kan gis helhetlig ved samarbeid mellom ulike fagfelt.

Å utforske hva som er viktig i samarbeidet mellom DPS og BUP i Orkdalsmetoden vil være til nytte for samfunnet og vitenskapen, da det gir kunnskap om erfaringer på hva som hemmer og fremmer samarbeid mellom ulike tjenester for å etablere og sikre samarbeid med det mål å gi god, helhetlig behandling til pasientgruppen. Kunnskapen

kan være overførbar til andre som vil etablere et lignende tilbud, og andre pasientgrupper som har behov for helhetlig behandlingstilnærming på tvers av ulike enheter/tjenesteytere.

Kunnskap om hva som er viktig for å sikre samarbeid mellom DPS og BUP for å gi mødre med fødselsdepresjon god døgnbehandling, er til nytte for den videre utviklingen av Orkdalsmetoden. En har muligheter til å forbedre allerede etablert samarbeidspraksis, og til å aktivt bruke positive og negative erfaringer i det videre samarbeidet mellom BUP og DPS. En har da mulighet til å påvirke samarbeidet og behandlingen i positiv retning i det videre arbeidet med prosjektet.

1.5 Oppgavens oppbygging

Første del av oppgaven er en litteraturgjennomgang av det teoretiske grunnlaget Orkdalsmodellen er tuftet på. Døgnbehandling av mødre med fødselsdepresjon i form av mother-baby-units i land som Frankrike, Australia og Storbritannia redegjøres også for. Videre i oppgaven vil Orkdalsmetoden presenteres slik den er utarbeidet ved Orkdal DPS og BUP Orkdal. Samhandling og samarbeid i helsetjenester omtales også kort.

Kapittel 3.0 Metode vil redegjøre for valgt forskningsmetode, og sette denne i en vitenskapsteoretisk sammenheng. Videre redegjøres det for hvordan forskningsprosessen er gjennomført og etisk refleksjon i tilknytning til metode og analysearbeid. Deretter følger mine funn av innsamlede data, koblet og diskutert opp mot relevant teori. Funn blir videre oppsummert og satt i et samfunnsperspektiv. Oppgaven avsluttes med en avsluttende kommentar.

2.0 Kunnskapsgrunnlag

Det er utført litteratursøk i forhold til teorigrunnlaget i Orkdalsmetoden, og problemstillingen. Alle artikler bortsett fra to, Eberhard-Gran (2019) og Fladberg(2018), er fagfellevurdert. Jeg har valgt å fremstille teori som omhandler postpartum depresjon, sped- og småbarns psykiske helse, samspill mellom mor og barn, og ulike intervensjoner knyttet til behandling for å behandle fødselsdepresjon og samspill mor/barn i den forbindelse, både i Norge og internasjonalt. Teorigrunnlaget er ment å gi oversiktskunnskap for å forstå hvorfor metoden er utarbeidet. Jeg har også valgt å omtale forskning knyttet til teori om samhandling og samarbeid i helsetjenester, for å kunne bruke dette som grunnlag videre i oppgaven. Jeg har her hovedsakelig norsk forskning, da funn her er mest relevant da helsesystem er ulikt organisert i ulike land. Mesteparten av forskningen innen feltet er fra studier knyttet til samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Jeg har valgt å omtale funnene da de er relevante for samarbeid mellom ulike etater og tjenesteytere innenfor helsesektoren, til tross for at data er hentet fra et annet nivå.

Jeg presenterer også Orkdalsmetoden, og velger å bruke case slik at leseren får en praksisnær forståelse for hvordan samarbeidet mellom BUP og DPS er organisert.

2.1 Teoretisk referanseramme

Nedbygging av institusjoner og en dreining mot mer behandling i eget hjem, poliklinisk eller ved lokale hjelpetilbud har preget behandlingstilbudet for mennesker med psykiske lidelser i Norge over en lang periode (Pedersen & Kolstad, 2009; Ose, Kaspersen, Ådnes, Lassemo & Kalseth, 2018). Liggetiden på norske fødeavdelinger har også gått ned (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette har ført til endringer både for fødende og psykisk syke, med kortere og færre innleggelses, og flere helsetilbud kommunalt og poliklinisk. I forhold til fødende kvinner har dette vært et omstridt tema, da flere skrives ut fra fødeavdelinger etter kort tid. Forskning kan tyde på at det er økt forekomst av fødselsdepresjon; fagmiljøet setter dette i sammenheng med kortere innleggelse etter barsel, og er bekymret for utviklingen (Fladberg, 2018; Eberhard – Gran, 2018). De fleste tiltak rettet mot mødre med lett til moderat fødselsdepresjon skjer kommunalt, med oppfølging fra instanser som helsestasjon, fastlege, familiesenter eller kommunal psykiatritjeneste. Spesialisthelsetjenesten bistår ved moderat til alvorlig depresjon (Helsedirektoratet, 2009). Noen av mødrene med fødselsdepresjon kan ha behov for døgntil behandling. Det er disse pasientene og deres spedbarn oppgaven omhandler.

Det er i nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2009) omtalt at en skal ha rutiner for å identifisere og følge opp familier der mor får fødselsdepresjon under svangerskapet eller etter fødsel, men det er lite konkretisert på hvilken måte (se kap.1.3). Ifølge Eberhard-Gran, Slinning & Rognerud (2014) skiller dette seg fra land som England og Sverige, der en har klare retningslinjer for identifisering og oppfølging av pasientgruppen. Det etterlyses også mer forskningsbasert kunnskap om barselomsorgen, spesielt på hvilke konsekvenser overføringen av ansvaret til kommunale helsetjenester har hatt. Det pekes på ulikhet i tilbud mellom kommuner, og at ikke alle kommuner er rustet til å ta over oppfølgingen (Eberhard-Gran, 2019).

2.1.1 Postpartum depresjon

En postpartum depresjon er en depresjon som inntreffer innen 6 uker etter fødsel, og mange kan ha symptomer på depresjon også under svangerskapet. Tilstanden må ikke forveksles med «barselstårer», som er en tilstand som rammer 50-80 % etter fødsel i form av at en tar lett til tårene og er følelsesmessig ustabil. Barseltårer oppstår i løpet av første uke etter fødsel, varer 2-3 dager og går stort sett over av seg selv (Slinning og Eberhard-Gran, 2010). Internasjonal forskning indikerer at prevalens av postpartum depresjon ligger på 10–15 % (Slinning & Eberhard-Gran, 2010). O`Hara & Swain (1996) viser i sin metaanalyse til en snittverdi på 13%. Norske studier viser den samme tendensen; 9–16 % av barselkvinner har moderate til høye symptomer på nedstemthet og depresjon i barseltiden (Slinning, Holme & Valla, 2012). Disse tallene er basert på screeninginstrumentet The Edinburgh Postnatal Depression Scale, (EPDS) (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). I Norge vil dette si at 5000-9000 kvinner utvikler moderat til alvorlig fødselsdepresjon hvert år basert på fødselstall og forekomst (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Ifølge ICD-10 (Direktoratet for e-helse, 2020) vil en moderat til alvorlig depressiv episode kunne inkludere symptomer som nedsatt stemningsleie og redusert energi- og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg, interessere og konsentrere seg er nedsatt. Vanlig er også tretthet, søvnforstyrrelser og redusert appetitt. Selvfølelsen og selvtilliten er typisk nedsatt, og tanker om skyld og skam er ofte til stede. Blant fødselsdeprimerte rapporteres det også om manglende glede over barnet, agitasjon og angst. Noen bekymrer seg også ofte over spedbarnets helse og amming, og ser på seg selv som dårlige mødre, i form av at de ikke strekker til, og at de ikke klarer å være glad i barnet sitt. I de alvorligste tilfellene er det også økt suicidalfare, og det er også en viss risiko for at mor tar barnets liv (Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004). Disse symptomene vil i mange tilfeller virke inn på omsorgsevnen til en forelder slik at spedbarnets fysiske og emosjonelle behov ikke kan ivaretas. I tiden der en fødselsdepresjon inntreffer er barnet i en utviklingsfase der de er ekstra sårbare i forhold til tilknytning og samspill.

Andelen kvinner med fødselsdepresjon er ifølge ulike studier vist både høyere, lavere og lik prevalens sammenlignet med kvinner som ikke er gravide eller har født innen siste år. En studie utført av Eberhard-Gran, Tambs, Samuelsen og Opjordsmoen (2002) viser imidlertid at andelen deprimerte er høyere i postpartumperioden, dersom en kontrollerer i forhold til antall risikofaktorer for depresjon ved rapportering. En kvinne med få risikofaktorer for depresjon har da altså høyere risiko for å utvikle depresjon i postpartumperioden, sammenlignet med en kvinne som har få risikofaktorer for depresjon, men som ikke er postpartum. Risikofaktorer for å utvikle depresjon er i stor grad de samme som ved vanlig depresjon, og en ser økt forekomst der mor har hatt tidligere psykisk sykdom, nedstemthet under svangerskapet, dårlig parforhold, belastende livshendelser, lav sosioøkonomisk status og lav sosial støtte.

Det som er spesielt med en fødselsdepresjon er tidspunktet den forekommer, da mor og barn er i en svært sårbar tid. Mor er mindre følelsesmessig tilgjengelig for barnet, og depresjonen påvirker mor sine tanker og tolkning av barnet i negativ retning. Deprimerte mødre opplever derfor barnet som krevende og vanskelig, oftere enn andre mødre. En depresjon i barseltiden er en alvorlig lidelse for kvinner, og det kan også ha konsekvenser for den psykologiske utviklingen til babyen (O`Hara & Swain, 1996; Field, 2009). En metaanalyse utført av Goodman et al.(2011), viser at barn som er oppvokst

med mødre med en langvarig eller tilbakevendende alvorlig depresjon, har økt risiko for å utvikle kognitive, emosjonelle, språklige og sosiale vansker. Det er derfor viktig at fødselsdepresjoner oppdages og behandles.

2.1.2 Sped- og småbarns psykiske helse

Betydningen av de første leveårene for videre utvikling er vist av pionerer som Freud, Bowlby og Spitz i årene fra 1925 og utover (Brandt & Grenvik, 2010). Deres teorier og funn har vært gjenstand for mye forskning opp igjennom årene, og deres funn blir støttet og videreutviklet av flere. Viktig i denne sammenhengen er blant andre Sroufe (1995), som trakk frem de tidlige erfaringene med håndtering og regulering av følelser som veldig viktige for barnets senere utvikling. Clarke & Clarke (1976) sin forskning viser at virkningen av de tidlige erfaringene ikke er varige eller uopprettelige. Barnet vil fortsette sin utvikling basert på sine gamle erfaringer, og fortsetter sin utvikling basert på disse og sine nye erfaringer.

Et barns utvikling er avhengig av mange faktorer, bl.a. fysiologi, og miljøet de lever i – både i form av samspill, relasjoner, nettverk, kultur, utdanning, økonomi og fysiske forhold som tilgang på mat og helsehjelp. I de senere år er det satt større fokus på samspill og tilknytning mellom små barn og deres nære omsorgspersoner, og betydningen av dette. Samspillet består i blikkutvekslinger, imitasjoner av hverandre, mimikk, bevegelser og emosjonelle uttrykk og regulering av disse (Moe, Slinning & Hansen, 2010).

Barn er født sosiale, og de deltar i sosiale interaksjoner allerede kort tid etter fødselen. Barnet gir signaler som gråt, klenging, lyd, smil og ansiktsuttrykk til omverdenen, og er avhengig av at omsorgspersonen tolker signalene riktig for å få dekt sine behov og få regulert følelser og stress. Omsorgspersonenes respons på signalene, og at responsen samsvarer med behovet, er avgjørende for et godt sensitivt samspill. Foreldresensitivitet kjennetegnes av emosjonell involvering, tilgjengelighet fra den voksne, timing, positive affekter, samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon, og at den voksne forstår barnets signaler og responderer riktig på disse (Brandt & Grenvik, 2010).

Et barns tidlige opplevelser med samspill med sine nære omsorgspersoner har betydning for videre utvikling og tilknytning, og det er i samspillet med sine nære omsorgspersoner at spedbarnets erfaringer med å bli regulert følelsesmessig og atferdsmessig skjer. Det er her grunnlaget blir lagt for tilknytning og selvregulering (Slinning & Eberhard-Gran, 2010) Et barns tilknytningsmønster dannes ut fra barnets erfaringer i samspill med nære omsorgspersoner (Smith, 2002).

I de senere år er det blitt forsket mer på epigenetikk, - der en ser at aktivering av gener hos barnet i stor grad er påvirket av miljøet, blant annet samspill med nære omsorgspersoner (Rasmussen & Storebø, 2020). Tidlige erfaringer som aktiverer en stressreaksjon hos fostre, sped- og småbarn har en særlig negativ påvirkning på hjerneutviklingen og genuttrykket. Vanligvis påvirkes ikke hjernen av enkelthendelser, men av stadig gjentakende hendelser. Utviklingen av barnets hjerne og nervesystem påvirkes av de tidlige relasjonsopplevelsene, og kvaliteten på samspillet med foreldrene har betydning for barnets psykososiale og kognitive utvikling, og risiko for psykopatologi i barndom eller som voksen. Barnets hjerne er svært sårbar allerede fra fosterlivet, og

deretter de 2 første leveår. De tidlige erfaringene setter altså biologiske spor (Berg-Nielsen, 2010, s.75 -79; McCrory, Brito & Viding, 2010).

2.1.3 Samspill mellom mor og barn, og dets påvirkning av utvikling

Barn av mødre med fødselsdepresjon har større risiko for en rekke negative utfall som sosioemosjonelle vansker, atferdsvansker, kognitive vansker, utrygg tilknytning og senere psykopatologi (Grace, Evindar & Stewart, 2003). Det er kjent at psykisk sykdom, som fødselsdepresjon, kan virke inn på en persons omsorgsevne og nedsette evnen til å respondere sensitivt i et samspill. Dette øker faren for skjevutvikling hos barnet (Moe et al., 2010).

Transaksjonsmodellen: Sameroff og Chandler (1975) fremstilte i 1975 en modell som viser samspillet mellom nære omsorgspersoner og spedbarn, -transaksjonsmodellen. Transaksjonsmodellen omfatter miljømessige og biologiske faktorer som er i kontinuerlig og gjensidig påvirkning av hverandre, -barns utvikling finner altså sted i en dynamisk utveksling mellom individet og miljøet (Smith, 2010). Transaksjonsmodellen er vesentlig for hvorfor en inkluderer samspillet mellom mor og barn som en viktig del av behandling av depresjon hos mor i Orkdalsmetoden. Modellen viser hvordan en mor med moderat til alvorlig depresjon påvirkes av sin sykdom i samspill med barnet, at barnet påvirkes av mor, og mor påvirkes av barnet – i et kontinuerlig samspill (fig.1). En må forstå både hvordan spedbarnet reagerer på stimuli fra den voksne, og hvordan spedbarnet har en effekt på de voksnes atferd (Smith, 2010).

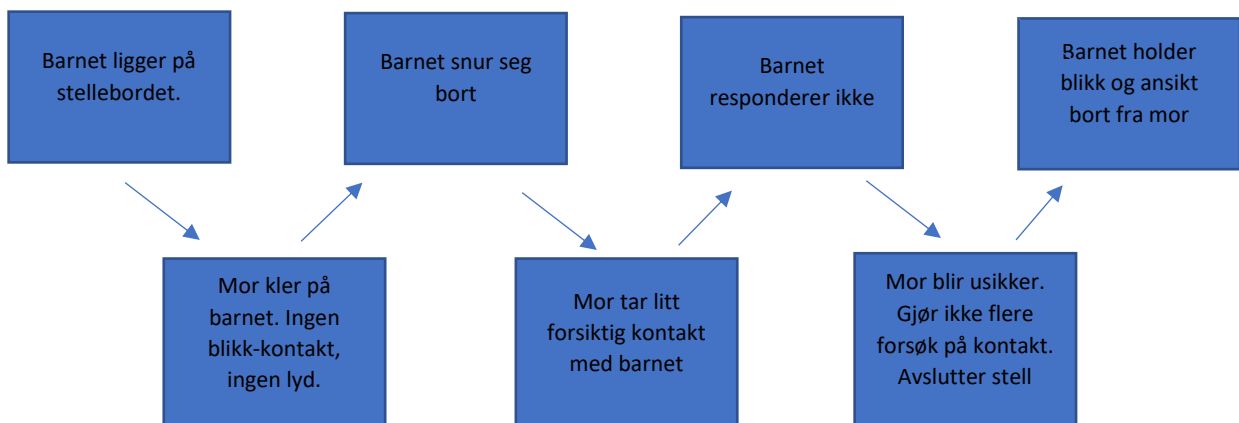


Fig. 1: Transaksjonsmodellen

Tilknytning: Gjentatte samspill mellom barnet og den nære omsorgspersonen vil skape en forventning hos barnet om hva som vil skje, og barnet har minner fra tidligere erfaringer. I tilknytningsteori antar man at barn i løpet av første leveår vil danne seg en indre arbeidsmodell om hva som vil skje dersom barnet trenger trøst eller beskyttelse fra sine nære omsorgspersoner, basert på hvor tilgjengelig og sensitiv omsorgspersonen har vært. Det vil dannes en tilknytning mellom barnet og omsorgspersonen (Zachrisson,

2010). Tilknytning kan defineres som «barnets motivasjon for å søke trøst og beskyttelse hos tilknytningsfigurer når det føler seg engstelig eller redd, enten på grunn av separasjon fra tilknytningsfigurene eller ved at noe i barnets umiddelbare miljø gjør barnet engstelig eller redd» (Bowlby i Moe et al., 2010 s.286).

De fleste teoretikere innen området er ifølge Smith (2002) enige om at konsekvensene av tilknytningen til nære omsorgspersoner i løpet av de første leveår skyldes både barnets begynnende indre arbeidsmodell og stabiliteten i foreldrenes omsorg.

En annen viktig person innen tilknytningsomsorg er Ainsworth. Hennes forskergruppe påviste at det er ulike former for tilknytning (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978):

- trygg tilknytning – barnet benytter betydningsfulle voksne til å redusere stress.
- utrygg unnvikende – barnet har erfart at de voksne reagerer lite på deres engstelse, og baserer seg på å selvregulere stress.
- utrygg ambivalent – barnet har erfart at betydningsfulle voksne reagerer av og til på deres engstelse, de gjør derfor alt de kan for å få oppmerksomhet ved å øke tilknytningsatferden (Ainsworth et al, 1978 ;Smith, 2010).

Det er senere lagt til en fjerde tilknytningsstil;

- utrygg desorganisert – der barnet mangler en strategi for å redusere stress i samspill med en betydningsfull voksen (Main & Solomon, 1986; Smith, 2010).

Det tilknytningsmønsteret barnet utvikler, gjenspeiler hvilke forventninger det har. Forventningene baserer seg på hvilke erfaringer barnet har gjort seg på hvordan nære omsorgspersoner er i nære relasjoner, og om det er blitt møtt på behov for trøst, trygging, støtte og omsorg. En trygg tilknytning i gode oppvekstvilkår vil være det mest gunstige for barnet, og vil sannsynligvis påvirke barnets emosjonelle, relasjonelle, sosiale og kognitive utvikling på en positiv måte (Smith, 2002).

I Orkdalsmetoden søker en derfor å påvirke det tidlige samspillet mellom mor og barn slik at samspillet mellom mor og barn blir godt. Dette igjen fremmer barnets hjerneutvikling, og virker positivt inn på tilknytning og tilknytningstil. Også mor påvirkes i samspillet med sitt barn, slik at å fremme godt samspill og tilknytning også vil fremme hennes helsetilstand. Å få avkreftet negative tanker om seg selv som mor, og å få gode mestingsopplevelser virker helende i forhold til depresjon. Dersom mor blir fortere frisk, vil selvfølgelig dette igjen virke positivt inn på hvordan hun møter sitt barn i samspill da hun er mer oppmerksom på barnets behov og signal, og det øker mulighetene for et mer sensitivt samspill. Det er ulike tiltak og behandlingsmetoder en kan bruke dersom en skal jobbe med samspill og tilknytning. Circle of Security, New Born Observation og Marte Meo (se kap.2.3) er alle evidensbaserte tilnærminger som kan være aktuelle til pasientgruppen, og som er rettet mot å forbedre samspillet og å øke forståelsen for hva barnet trenger (Hansen & Opøien, 2010; Høivik, Lydersen, Drugli, Onsøien, Hansen & Berg, Nielsen, 2015; Nugent, Bartlett & Valim, 2014; Torsteinson, Brandtzæg & Powell, 2010). En annen tilnærming som kan være aktuell å bruke, mer rettet mot mor, er tiltak for å øke mentalisering. Mentalisering defineres som vår evne til å forstå eget og andres sinn, og å skjelle mellom indre og ytre sannhet (Target & Fonagy 1996). Mentalisering forstås som evnen til å se seg selv fra utsiden, og andre fra innsiden (Fonagy, Gergely, Jurist & Target 2002). Evne til mentalisering er en forutsetning for et godt samspill.

2.2 Aktuell forskning

Samspillet mellom mor og barn er ofte påvirket negativt når mor har en fødselsdepresjon. Samspillet kan være preget av at mor er avvisende til barnet, at hun er fiendtlig, irritabel, uengasjert eller tilbaketrukket (Lovejoy, Graczyk, O`Hare & Neuman, 2000). Det er mindre sannsynlig at mor viser positive følelser og sensibilitet til sitt barn, og det er mindre sjanse for at hun går inn og reparerer en dårlig opplevelse eller erfaring barnet har hatt ved tidligere samspill. Barnet på sin side tar mindre initiativ til kontakt, og deltar mindre i samspill (Field, 2009). Deprimerte mødre har ofte negative tanker om seg selv i foreldrerollen, og bærer ofte på skyld og skam (Beck, 2002). Forskning tyder også på at behandling av mors depresjon alene ikke er nok til å bedre samspillet mellom mor og barn. Det anbefales derfor at det settes inn tiltak i forhold til samspill og tilknytning mellom mor og barn, i tillegg til depresjonsbehandling (Forman, O`Hara, Stuart, Gorman, Larsen & Coy, 2007; Goodman & Garber, 2017).

At mødre med en alvorlig psykisk lidelse og spedbarna legges inn sammen, ble anbefalt allerede på 1950-tallet, og internasjonalt ble det bygd opp mother-and-baby-units (MBU), enten som egen behandlingstilnærming eller i tilknytning til ordinær psykiatrisk avdeling (Conellan, Bartholomaeus, Due & Riggs, 2017; Main, 1958) En MBU er et behandlingssted der mor legges inn sammen med barn og evt. far. Her får mor den behandlingen hun trenger, samtidig som hun kan ivareta og få støtte i sin foreldrefunksjon, og prosessen med tilknytningen til barnet kan fortsette. Forskning på effekten av behandlingen er sparsom, og det er vanskelig å sammenligne ulike MBUs da det ikke er klare retningslinjer for hvordan behandling skal gjennomføres. Forskningen tyder likevel på at behandlingen har effekt både på mors depresjon, på tilknytning og samspill mellom mor og barn og barnets utvikling (Gillham & Wittkowski, 2015). Psykiatriske MBU vurderes i dag som beste behandlingstilnærming der mor opplever å ha en alvorlig psykisk lidelse i barseltiden bl.a. i land som Australia, Storbritannia og Frankrike (Conellan et.al. 2017). Forskning viser at dersom mor i sin behandling også får fokus rettet mot kvaliteten på samspillet mellom mor og spedbarn, kan dette reduserer mors depressive symptomer og hun kan komme seg raskere. Samtidig forebygges en potensiell skjevutvikling hos barnet (Noorlander, Bergink & Berg, 2008; Paris, Bolton & Speilman, 2011).

En nylig utført undersøkelse utført ved norske helsestasjoner, viser at EPDS er et nyttig verktøy som brukes for å oppdage kvinner med fødselsdepresjon, sammen med helsesykepleierens faglige skjønn. Undersøkelsen påpeker også at det ikke er noen universell kartlegging på å oppdage mødre med fødselsdepresjon i Norge, det er heller ikke spesifisert hvordan kartleggingen skal foregå (Langvik, Håberg & Storholt, 2020). En annen nylig undersøkelse fra helsestasjoner i Norge konkluderer med følgende i forhold til helsesykepleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og deres foreldre: "For å kunne forbedre vurderingen av det tidlige samspillet mellom barn og foreldre er det behov for mer systematisk og strukturert arbeid på flere plan" (Berg-Olstad & Klette, 2019, s.1). Begge undersøkelsene er små, men de tyder på at det i Norge per i dag er ulikhet på hvordan mødre med fødselsdepresjon skal kartlegges og hvordan samspillet skal observeres i førstelinje. I spesialisthelsetjenesten der en skal gi behandling til mødre med fødselsdepresjon, gjelder det samme, - det er i liten grad retningslinjer på hvordan dette skal gjøres bortsett fra ordinær depresjonsbehandling.

Forskning på behandling tilsvarende MBU fra Norge finner jeg ikke, da jeg ikke har funnet publikasjoner på lignende tilbud. Jeg har heller ikke hørt om lignende tilbud gjennom mitt nettverk, heller ikke fra Landsforeningen 1001 dager (2020), som er en brukerstyrt organisasjon som jobber med mental helse under graviditet og etter fødsel.

2.3 Miljøterapi, samspillsveiledning og individuell behandling av depresjon

I Orkdalsmetoden bruker en tre behandlingstilnærminger, som til sammen skal gi god helhetlig behandling til mor og barn.

Individuell behandling av mor kan omfatte for eksempel ulike former for psykoterapi, ECT og medikamentell behandling. Disse tilnærmingene brukes også i behandling av andre typer depresjoner, og effekt er godt dokumentert (Helsedirektoratet, 2014).

Medikamentell behandling av mødre med fødselsdepresjon kan være en utfordring, da enkelte virkestoff kan gå over i morsmelk, eller det er usikkerhet om det går over i morsmelk. Medikamentell behandling er derfor mer komplisert dersom mor ammer, slik at andre typer terapi kan være mer aktuelle i behandlingen. Aktuelle tilnærminger i psykoterapi kan være kognitiv atferdsterapi (CBT), som har vist god effekt i forhold til fødselsdepresjon (Sockol, 2015; Huang, Zhao, Qiang & Fan, 2018). I kognitiv atferdsterapi lærer en å gjenkjenne samspillet mellom situasjoner, tanker, følelser og kroppslige fornemmelser og atferd. En undersøker videre hvor mye en tror på sine antakelser i utfordrende situasjoner, kontra alternative antakelser (ibid.). Også andre psykoterapiretninger er aktuelle i behandlingen av en fødselsdepresjon.

Samspillsveiledning har fokus på relasjonen mellom mor og spedbarn, veiledning i samspillet, foreldrestøtte og psykoedukasjon. En kan her bruke ulike tilnærminger, og metoder som New Born Observation (NBO), Marthe Meo og Circle Of Security(COS) er aktuelle tilnærminger for pasientgruppa. Disse tilnærmingene har dokumentert effekt på å bedre samspillet mellom mor og barn, som igjen styrker barnets utvikling og tilknytning til foreldrene (Nugent et al., 2014; Torsteinson et al., 2010; Høivik, 2017).

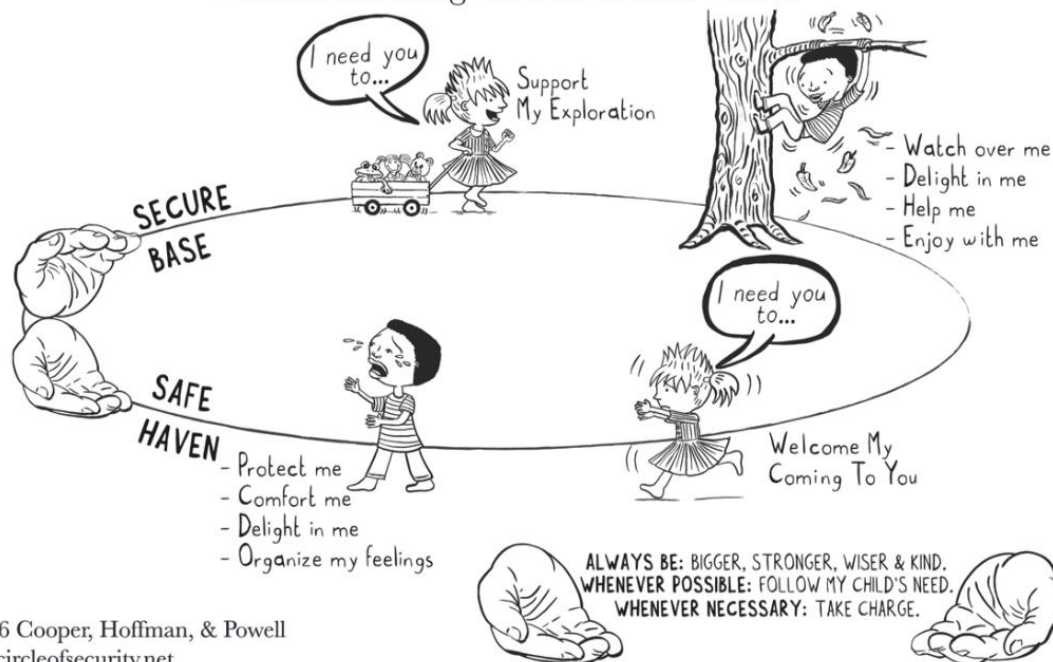
NBO er en metode der en observerer spedbarn mellom 0-3 måneder i tett samarbeid med foreldrene. Helsepersonellet løfter frem spedbarnets unike responsmønster og sosiale natur. Målet er å gi foreldrene økt mestringsfølelse og trygghet på at de kan lese og tolke signalene til sitt eget spedbarn (Nugent, Keefer, Minear, Johnson & Blanchard, 2007; Nugent et al., 2014).

Marthe Meo er en metode for utvikling av nye ferdigheter i samspillet foreldre-barn, der en bruker observasjon av videostillbilder av samspillet i arbeidet (Hansen & Opøien, 2010; Høivik, 2017).

COS er en tilknytningsbasert behandlingsform, der en legger vekt på forståelse av barns emosjonelle behov, relasjonens betydning og foreldrenes representasjoner og atferd. Sentralt i COS er trygghetssirkelen (se fig.2), som visualiserer barns behov for en sikker havn som gir beskyttelse, trøst og godhet, og som organiserer følelsene til barnet når barnet opplever vanskelige følelser. Den visualiserer også behovet for en trygg base som barnet kan oppdage verden ut ifra, og som støtter og fryder seg over barnets utforsking. (Torsteinson et al., 2010)

Circle of Security®

Parent Attending To The Child's Needs



©2016 Cooper, Hoffman, & Powell
www.circleofsecurity.net

Miljøterapi er den tredje tilnærmingen i forhold til fødselsdepresjon. Ifølge Olkowska og Landmark (2016) er miljøterapi mer en fagideologisk tenkning enn en metode. Innen miljøterapi kan en anvende flere kvalifiserte, evidensbaserte metoder, alt etter den politiske oppgaven til institusjonen og de miljøfaktorene en har innenfor rammene i organisasjonen. Ifølge Larsen (2018) består miljøterapi av 2 deler – nemlig miljø og terapi. Miljødelen handler om å organisere og tilrettelegge et miljø, mens terapi handler om utvikling eller forandring. I praksis kan en forstå det som å tilrettelegge og organisere et miljø slik at forandring og utvikling er mulig. Lillevik og Øien (2015 s.60) sier at miljøterapi er beskrivelsen av "en behandlingsform som preges av miljøterapeutens planlagte, tilrettelagte og systematiske bruk av det som skjer i samspillet mellom bruker og miljøterapeuten i miljøet, i «her og nå»-situasjonen." De sier videre at miljøterapi blant annet må begrunnes faglig, være planlagt og nyttiggjøre seg av samhandling i samspill med omgivelsene. Miljøterapi tar utgangspunkt i pasientens ståsted og ressurser, og miljøterapeuten bruker samspillet mellom seg selv, pasienten og omgivelsene i terapien. I miljøterapi bruker en det som skjer i daglig samvær, aktiviteter og rutiner for at det skal ha en terapeutisk effekt på pasienten og dennes utfordringer. Miljøterapeuter har mulighet til å bruke både samvær og samtale i sin tilnærming, og det er innholdet i dette som bestemmer om det er terapeutisk eller ikke. Det er manglende forskningsbasert kunnskapsgrunnlag knyttet til miljøterapi generelt i psykiatriske avdelinger, slik at mer forskning bør gjennomføres (Solbjør & Kleiven, 2013).

2.4 Samhandling og samarbeid

Samhandling og samarbeid er vesentlige begrep når det kommer til døgnbehandling av mødre med fødselsdepresjon. For å få til en helhetlig behandlingstilnærming er en avhengig av at flere etater samarbeider, både internt og på tvers, i kommunal sektor og i spesialisthelsetjenesten. Samhandling forstås å være det systemrettede, overordnede og langsiktige samarbeidet mellom ulike profesjoner og nivå i helsetjenesten, mens samarbeid forstås som det konkrete arbeidet rundt enkeltpasienter utført av ulike fagfolk i løpet av en definert periode (Tøndel & Ose, 2014). Viktig i samhandlingen og samarbeidet i helsesektoren er likeverd mellom samarbeidsparter, fleksibilitet, gjensidighetskunnskap, løpende dialog, ansikt-til-ansikt-relasjon og teamarbeid. En utfordring beskrives å være manglende møteplasser, mangel på lokale retningslinjer og mangel på kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse (Vik, 2018; Tøndel & Ose, 2014).

2.5 Presentasjon av Orkdalsmetoden

Orkdal DPS har i samarbeid med BUP Orkdal utarbeidet et behandlingssopplegg for mødre med fødselsdepresjon som legges inn sammen med baby og partner, Orkdalsmetoden. En har valgt å åpne tilbudet også for mødre med stabilisert fødselspsykose. Behandlingsteamet består av behandler fra DPS, 1-2 behandlere fra BUP og 2 miljøkontakter i døgnavdeling DPS. Øvrig miljøpersonal er også i kontakt med familien når de faste kontaktene ikke er tilstede, men de deltar ikke i planlegging og utførelse av behandlingstiltak i samme grad.

Mor får individualterapi i form av psykoterapi, eventuelt medikamentell terapi og eventuelt ECT- behandling rettet mot depresjon. Spedbarnet henvises BUP forut for innleggelsen grunnet fare for skjevutvikling grunnet mors fødselsdepresjon, slik at BUP følger opp familien i forhold til foreldreveiledning og samspillsveiledning under innleggelsen 1-2 ganger i uka. Denne oppfølgingen skjer også på DPS, og BUP skal ha et kort møte med miljøterapeutene og evt. behandler forut for konsultasjonen for fortløpende informasjonsutveksling. Miljøterapeut(ene) skal delta på konsultasjon med BUP, og det avholdes et kort møte etterpå for veiledning for miljøterapeutene samt videre planlegging av behandling.

Miljøterapeutene kan jobbe med familien med spesifikke oppgaver/fokuspunkt ift. samspill mellom konsultasjoner fra BUP der det er hensiktsmessig, i tillegg til øvrig miljøterapi tilrettelagt for depresjon og valgt behandlingstilnærming. Det skal utarbeides en felles plan for behandling under innleggelsen, og en skal ivareta behovet for videre oppfølging etter utskrivning i form av kontakt med kommunale helsetjenester og henvisning til poliklinisk tilbud BUP og DPS etter utskrivning. Målet med behandlingstilbudet er å gi et helhetlig tilbud som ivaretar både mors behov for helsehjelp, og barnets samspills- og tilknytningsbehov. Flytskjema for arbeidsmetoden legges ved (vedlegg 1).

Jeg velger å ta med en case for å vise hvordan Orkdalsmetoden brukes i praksis, for lettere å forstå funn i kap.5. Casen er konstruert.

2.5.1 Lise, Elias og Pål

Lise er 34 år gammel og fikk sitt første barn, Elias, for 4 uker siden. Lise er tidligere frisk, og har ingen tidligere psykisk sykdom. Hun lever i et stabilt parforhold med sin mann, Pål, og hun har et godt nettverk. Lise arbeider til vanlig på et regnskapskontor, men har ikke vært på jobb på 3 mnd., etter sykmelding grunnet bekkenplager. Lise har etter fødsel blitt tiltakende deprimert, og hun er ikke i stand til å ta vare verken på seg selv eller barnet på egen hånd. Lise spiser ikke på eget initiativ, og hun forholder seg passiv til det meste. Hun er stille, og fremstår følelsesmessig avflatet i forhold til barnet, mannen og andre interesser hun vanligvis har. Hun sover lite og dårlig, og forteller om mange bekymringer som er aktive døgnet rundt. Hun har negative tanker om seg selv som mor, og hun angrer på at hun fikk barn. Hun synes ikke barnet fortjener å ha en dårlig mor som henne, og hun overlater det meste av ansvaret for barnet til far. Lise er bestemt på å amme Elias, men hun opplever det vanskelig. Hun opplever at barnet roer seg mye bedre hos far, og at det derfor er best for Elias dersom hun ikke har så mye med ham å gjøre. Hun følger samtidig med på alt som skjer med Elias, og far opplever henne bekymret. Lise og familien har tett oppfølging fra helsestasjonen, og Lise er sykmeldt etter anbefaling fra helsesykepleier slik at far har overtatt permisjonen.

Lise blir innlagt akuttpost etter bekymring fra helsesykepleier og fastlege. Hun har de siste døgnene ikke forlatt senga, og hun spiser og drikker minimalt. Hun har også suicidale tanker, uten at hun har en konkret plan. Hun vurderes som alvorlig deprimert, og er behandlingstrengende innenfor døgnrammer. Etter et par dager på akuttpost overføres Lise til familieinnleggelse på DPS, etter å ha samtykket i valgt behandlingstilnærming og hatt informasjonssamtale om behandlingstilnærmingen. Lise legges inn på døgnavdelingen, mens Pål og Elias legges inn som ledsagere. Elias er henvist BUP før innleggelse, med foreldrenes samtykke.

Lise, Pål og Elias bor sammen i en leilighet på døgnavdelingen. Lise får depresjonsbehandling (individuell samtalebehandling, miljøterapi og evt. medisinerings eller ECT) tilrettelagt etter behovene hun og Elias har, og hun er med i utarbeidelsen av en individuell behandlingsplan. Lise har mulighet til å benytte seg av gruppetilbud (mindfulness, yoga, psykoedukasjon, fysisk aktivitet, kreativ gruppe) dersom det er hensiktsmessig, og hun har mulighet til å delta i det sosiale tilbudet i avdelingen.

Behandlere fra BUP kommer til avdelingen for kartlegging innen 3 dager, og de legger en plan sammen med familien og behandlingspersonell DPS som innbefatter foreldreveiledning og samspillsveiledning. BUP har kontakt med Lise sine kontaktpersoner i miljøterapeutgruppen etter konsultasjoner, slik at momenter fra deres tilnærming kan videreføres under innleggelse (spesifikke tiltak som bør følges opp eller koordinering slik at tilbudet fremstår med sammenheng). Miljøterapeutene bistår også med å koordinere med helsetilbud som gis kommunalt (helsesykepleier, fastlege og evt. jordmor) slik at disse kan delta under behandlingsoppholdet dersom det er hensiktsmessig, og at de er informerte og klare til å gi helsehjelp etter utskrivning fra avdeling.

Pål følges også opp under innleggelsen med pårørendesamtaler, og han deltar i konsultasjonene med BUP. Han deltar også i enkelte av samtalene Lise har med behandler på DPS og miljøkontakter. Pål har hovedansvaret for Elias i starten av innleggelsen da Lise ikke er i stand til det, men ansvaret blir gradvis overført mer til Lise etter hvert som hun er i stand til det, slik at Elias forhåpentligvis har 2 omsorgspersoner i

foreldreskapet som han har godt samspill med. Lise, Pål og Elias skrives ut etter flere permisjoner hjemme. Lise henvises under innleggelse til poliklinisk behandling DPS, og BUP følger opp Elias etter utskriving så lenge det er behov for det. Helsesykepleier og evt. kommunal psykiatritjeneste følger opp tett etter utskriving for å hindre tilbakefall og sikre fortsatt bedring.

3.0 Problemstilling

Dersom en legger teori om fødselsdepresjon, tidlig samspill og tilknytning til grunn, er det etter min mening naturlig at en ser dette i sammenheng når det gjelder behandling av mødre med fødselsdepresjon. Det er utfordrende å løse den ene oppgaven uten å ta hensyn til den andre. Mor med fødselsdepresjon har i spesialisthelsetjenesten rett til helsehjelp i Psykisk helsevern for voksne, mens barnets potensielle skjevutvikling gir rett til helsehjelp i Psykisk helsevern for barn. To, i utgangspunktet, atskilte behandlingsløp, men som i aller høyeste grad har sammenheng med hverandre. Jeg vil videre i oppgaven derfor fokusere på samhandlingen og samarbeidet mellom BUP og DPS, slik at en også i spesialisthelsetjenesten har mulighet til å gi behandling der psykisk helsevern for voksne og BUP drar nytte av hverandres spisskompetanse for å gi et behandlingstilbud som er tilrettelagt mor og barn i en spesiell og sårbar periode i livet. Oppgaven og problemstillingen tar utgangspunkt i døgninnleggelse, men samhandling og samarbeid er etter min mening i aller høyeste grad også relevant ved poliklinisk behandling og i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt internt i kommunehelsetjenesten.

Følgende problemstilling blir undersøkt videre i oppgaven:

«Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?»

4.0 Metode

4.1 Design og vitenskapsteoretisk forankring

I dette prosjektet er det erfaringene fra fagpersonell tilknyttet Orkdalsmetoden som skal undersøkes, med fokus på samarbeid. For å få samlet inn data er det valgt å bruke kvalitativ metode, fokusgruppeintervju. Jeg har videre valgt å bruke en fenomenologisk forankret tilnærming i forskningsprosessen. Fenomenologi stammer fra Edmund Husserl, og sentralt i denne vitenskapsteorien er det subjektive perspektivet, -måten vi oppfatter virkeligheten på. Ved å bruke denne metoden er målet å utforske og beskrive informantenes erfaringer med og forståelse av et fenomen. En kan si at målet er å få forståelse og innsikt i informantenes livsverden. En forsøker å beskrive, utforske og forklare et fenomen gjennom å få informasjon fra informantene i studien, slik de opplever og forstår fenomenet i sin livsverden. I en kvalitativ undersøkelse streber en etter å ha åpne og vide spørsmål tilknyttet fenomenet, og en skal være åpen for å finne uventede funn. Sentralt i en kvalitativ studie er også fortolkningen av fenomenene, - hermeneutikken. Kvalitative forskere og deltakerne i studiene påvirker hverandre i en sosial prosess, og forskningsprosessen påvirkes av dette. Det er derfor viktig at forskeren redegjør for sin forforståelse, og at forskningsprosessen gjøres transparent for leseren (Korstjenst & Moser, 2017; Malterud, 2013; Kvale & Brinkmann, 2015). Fenomenologien og hermeneutikken er i utgangspunktet 2 motsetninger vitenskapsteoretisk. I fenomenologien skal en sette sin forforståelse til side, mens en i hermeneutikken tar hensyn til sin egen forforståelse og hvordan den påvirker data. Min grunnholdning i studien har vært å rette meg etter fenomenologien, men jeg er samtidig klar over at min forforståelse vil virke inn på hvordan jeg analyserer data. Jeg redegjør derfor for min forforståelse i kap. 4.2.1

4.2 Metodisk tilnærming

Jeg ønsket å innhente erfaringer fra fagpersonell som har vært tilknyttet prosjektet. Fokusgruppeintervju er godt egnet når fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller felles synspunkt innen et felt skal utforskes. Metoden er også velegnet når en skal undersøke et «nytt» område (Kvale & Brinkmann, 2015). Diskusjoner i en fokusgruppe kan føre til assosiasjoner og fantasi blant informantene, og derigjennom gi oss fortellinger om fenomenet en vil belyse som en kanskje ikke hadde fått fatt i dersom en hadde valgt en annen datainnsamlingsmetode. Samhandlingen mellom deltakerne i fokusgruppeintervjuet står sentralt, og intervjuene skal gjennomføres slik at dynamikken mellom deltakerne åpner for innsikt innenfor temaet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012).

4.2.1 Min forforståelse

Jeg har grunnutdanning som sykepleier, og har størstedelen av mitt yrkesaktive liv jobbet som psykiatrisk sykepleier i døgnavdeling. Min kunnskap og mine erfaringer og mitt forhold til de jeg intervjuer er en del av min forforståelse, og vil derfor prege min rolle under hele forskningsprosessen til tross for at jeg forsøker å sette den til side. Jeg jobber ved enheten som tilbyr behandlingen, og prosjektet foregår på eget arbeidssted. Jeg har det siste halvannet år jobbet uten direkte pasientkontakt grunnet overgang til hovedsakelig administrativ jobb, og har derfor ikke vært direkte involvert i

pasientbehandlingen for perioden som skal kvalitetssikres, men jeg har hele tiden samarbeidet med helsepersonell som er med i behandlingsteamet og har vært med på prosessen mot å utarbeide metoden. Min forforståelse er også preget av min teoretiske forståelse av hvorfor metoden er utarbeidet, men jeg hadde ikke i forkant av intervjuene eller analysen satt meg inn i teoretisk grunnlag rundt samarbeid og samhandling bortsett fra det generelle jeg har gjennom utdanning. Jeg er samtidig opptatt av samarbeid mellom enheter og helhetstenkning generelt, og er tidvis frustrert over opplevelsen av å jobbe på hver sin tue der det for meg fremstår naturlig å samarbeide mot et felles, større mål.

4.2.2 Utvalg og rekruttering

I metodelitteratur finner en ulike syn på antall grupper i et forskningsprosjekt som anvender fokusgruppeintervju som metode. Antallet varierer fra 1 til 100, alt etter hva som skal undersøkes. Enkelte omtaler at mål er metning av data, noe som oppnås når nye data ikke lenger tilfører ny kunnskap. Andre igjen har som mål å gi et innblikk i et fenomen, heller enn metning. Gruppestørrelser varierer også mye etter studiens mål og omfang (Malterud, 2012). Jeg har valgt et strategisk utvalg, det vil si de som en tenker har størst potensial til å belyse problemstillingen i studien (Malterud, 2012; Moser & Korstjenst, 2017). Informantene er rekruttert med en forventning om at de vil være informasjonssterke, og at de på en god måte kan bidra til å belyse problemstillingen. Jeg valgte å dele fokusgruppene mellom behandlergruppe og miljøpersonalegruppe, for å balansere fellesskap og mangfold som anbefalt i Malterud (2012), og dels av praktiske årsaker da det er vanskelig å finne felles treffpunkt og ta ut så mange ansatte samtidig fra en avdeling.

Forespørsel om deltakelse i studien ble sendt til leder i BUP Orkdal, og leder i Orkdal DPS døgn, med forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju for fagpersonell som hadde vært involvert i Orkdalsmetoden. Ledere videresendte forespørselen til de de mente var aktuelle. Jeg kom da i kontakt med aktuelle informanter til fokusgruppeintervju, totalt 8 informanter som hadde vært fagpersonell innen Orkdalsmetoden. Infoskriv og samtykkeskjema samt problemstillingen var vedlagt mailen til informantene, slik at fokusgruppeintervjuets hensikt kom klart frem. Jeg fikk positiv og god respons fra både DPS og BUP, sett i sammenheng med hvor mange som totalt har samarbeidet innen Orkdalsmetoden. Tidspunkt for intervjuet ble avtalt ut ifra hva som passet best for de som skulle delta. Intervjuguide ble utarbeidet før fokusgruppeintervjuene (se vedlegg 2).

Deltakerne i behandlergruppa var psykologspesialister, hvorav 2 hadde spesialkompetanse på barn og 1 hadde spesialkompetanse på voksne. 2 jobber innen BUP, og 1 på døgnavdeling DPS. I miljøgruppa var en psykiatrisk hjelpepleier, en barnevernspedagog med videreutdanning i psykisk helsearbeid og en førskolelærer med div. videreutdanning innen psykisk helse og rus. Alle i miljøterapigruppa har i tillegg helt eller delvis gjennomført kurs og videreutdanning innen tilknytning, samspill og omsorgsevne. Informantene har alle lang erfaring innen psykisk helsevern (7-17 år), jobbet innen Orkdalsmetoden, og noen har vært delaktige i å utvikle metoden. Alle er kvinner, og alder har en spredning fra ca. 30 til ca. 55 år

4.2.3 Intervjustruktur og gjennomføring av intervju

Jeg valgte å ha 2 fokusgrupper. Jeg delte inn gruppene etter funksjon i metoden, altså behandlergruppe og miljøpersonalgruppe. I miljøterapeutgruppa deltok 3 av 5 aktuelle, det var ikke mulig å samle alle grunnet ulik arbeidstid. 3 av 3 aktuelle deltok i behandlergruppa. Samme intervjuguide ble brukt i begge intervjusituasjonene. I intervjuet deltok også en kollega med masterutdannelse som sekretær og medhjelper. Hun hadde på forhånd tilgang til infoskriv, intervjuguide og hadde skrevet under taushetserklæring for opplysninger som kom frem i intervjusituasjonen. Hun hadde i tillegg til å være sekretær en rolle i å stille klargjørende spørsmål dersom gruppa kommuniserte på en måte som var preget av at vi kjenner hverandre fra før og at diskusjonen utelot den grunnleggende forståelsen for det vi snakket om. Altså at vi snakket på en måte som ville være vanskelig å trekke gode data ut ifra fordi vi baserer en diskusjon/svar på noe som allerede har skjedd og som alle er kjent med. Medhjelper var ikke kjent med informantene eller Orkdalsmetoden i detalj før intervjuet. På den måten håpet jeg også at intervjusituasjonen ble gjort mer formell. Medhjelper tok også notater underveis.

Jeg brukte en semistrukturert intervjuguide med hovedspørsmål og delspørsmål, og fokus i guiden var å få frem konkrete opplevelser knyttet til samarbeid for så å få data som kunne belyse problemstillingen. Jeg forsøkte i utarbeidelsen av guiden å ha så åpne spørsmål at jeg ikke begrenset erfaringene informantene hadde, samtidig som de var styrende nok til å dekke spørsmålet i studien som anbefalt i Korstjens & Moser (2017).

Jeg la opp strukturen i begge intervjuene likt. Medhjelper ble plassert litt utenfor fokusgruppa, for å klargjøre at hun ikke var en del av intervjuet bortsett fra sin definerte rolle som ble klargjort for gruppa på forhånd. Resten av informantene satt rundt et bord, i et møterom på DPS. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, der jeg hadde gjort meg kjent med og testa utstyret på forhånd. Alle informantene signerte samtykkeskjema (vedlegg 5) i forkant av intervjuet, og alle ble minnet på om at informasjon som kom frem i intervjuet ikke skulle bryte med taushetsplikt i forhold til pasienter. Intervjusituasjonen startet med en briefing, som anbefalt av Kvale & Brinkmann (2015). Vi gikk gjennom formålet med intervjuet og infoskrivet der det ble poengtert at deltakelse i studien er frivillig, og at informantene kan trekke seg når som helst frem til analysen av data var ferdig. Det ble også åpnet for at informantene kunne ta kontakt med meg etter intervjuet dersom de hadde spørsmål. Jeg gikk også gjennom min rolle i intervjuet, og gjorde det klart at jeg deltok som forsker og ikke kom til å bidra med opplevelser og synspunkt under intervjuet.

Første fokusgruppeintervju ble gjennomført med behandlergruppa, og kommunikasjonen var mer i retning av en fokusgruppediskusjon enn et intervju. Diskusjonen var preget av at alle ville bidra med sine opplevelser og det ble en del refleksjoner rundt delte opplevelser. Diskusjonene var preget av faginteresse og engasjement, samt undring over opplevelser de delte. Jeg deltok først og fremst med klargjørende og utdypende spørsmål, samt å dreie diskusjonen inn på det jeg opplevde var relevant med utgangspunkt i intervjuguiden. Min opplevelse under intervjuet var at det er utfordrende å få dekkende svar på akkurat det en spør om. Jeg valgte å ikke avbryte for mye underveis når folk fortalte i frykt for å ødelegge dynamikken i gruppa, men heller dreie spørsmål i etterkant mot det jeg ikke fikk fatt i eller ville ha mer utdypet for å dekke mine spørsmål i intervjuguiden. Jeg forsøkte også å dreie diskusjonen inn på det som var

relevant for meg underveis, da diskusjonene skled litt ut noen ganger. En krevende øvelse, og en mer trent forsker ville nok klart å styre intervjuet mer i retning av akkurat det en ville ha data om. Intervjuet varte i 1 time og 4 minutt, og siste del av intervjuet ble mer styrt av meg for å klare å komme gjennom guiden i løpet av planlagt tid. Jeg trodde på forhånd at intervjuet kom til å vare i 30-45 minutt. Jeg hadde satt av tid til 1 time, noe som viste seg å være litt kort. Siste del av intervjuet var også preget av litt uro i naborom, samt en avbrytelse på rommet. Dette kan ha ført til at intervjuet ble preget av "oppbrudds stemning" og at ikke alle opplevelser ble belyst nok i slutten av intervjuet.

Andre intervju ble gjennomført på samme måte, men med 3 miljøpersonale. Jeg hadde satt av bedre tid, og valgte samme fremgangsmåte ift. ytre rammer og å styre gruppa. Også dette intervjuet var preget av at alle deltok, og alle viste faginteresse og engasjement over jobben de gjør. Gruppa delte opplevelser, og diskuterte til dels disse under intervjuet. Intervjuet varte også nå i 1 time og 5 minutt, men det ble en mer naturlig og gradvis avslutning uten at jeg måtte inn å styre intervjuet mer enn jeg mente var nødvendig.

Begge intervjuene var preget av lett stemning, og en god atmosfære. Jeg opplevde at alle var villig til å dele sine erfaringer og opplevelser, og at de var oppriktig var interesserte i å dele slik at metoden kan kvalitetssikres og videreutvikles. Jeg opplevde at deltakelse fra sekretær/medhjelper var til god hjelp, til tross for at hun ikke måtte komme inn med klargjørende spørsmål. Jeg mener at hennes tilstedeværelse påvirket fokusgruppeintervjuet slik at det ble mer formelt, og at informantene svarte utdypende nok til at en uinnvidd skjønnte hva det ble snakket om.

4.2.4 Transkribering

For å gjøre lydopptak tilgjengelig for analyse transkriberte jeg intervjuene selv, kort tid etter gjennomføring av intervju. Jeg valgte å transkribere ord for ord, og samtidig notere latter og andre relevante observasjoner i teksten. Ifølge Malterud (2013) og Kvale & Brinkmann (2015) er det flere fordeler med at forskeren transkriberer selv, blant annet at en allerede under transkriberingen starter med meningsanalysen av det som blir sagt underveis. Validiteten av analysearbeidet kan også påvirkes av at forskeren selv transkriberer, da forskeren da har kjennskap til setting, sammenheng og atmosfære i intervjuet som kan oppklare uklarheter som har betydning for mening i teksten.

Etter transkribering hadde jeg 43 sider med råmateriale.

4.2.5 Gjennomføring av analyse

Analysen skal bygge bro mellom rådata og presentere resultater i et forskningsprosjekt. Data blir organisert, fortolket og sammenfattet under analysen, og det er flere fremgangsmåter på dette. Sentralt i en analyse er også at forskeren setter sin forforståelse og sin teoretiske forståelse ift. problemstillingen tilgjengelig for leseren, slik at leseren ser hvordan dette kan ha påvirket forskeren underveis i analysen. Forskerens rolle og posisjon i alle ledd i forskningsprosessen skal være tydelig. Dette er presentert i kap. 4.4.2. Jeg valgte å bruke Malterud (2013) sin systematiske tekstkondensering som fremgangsmåte i analysen. Systematisk tekstkondensering bygger på prinsipper fra Giorgis fenomenologiske analyse, og er modifisert av Malterud (2013). Ifølge Giorgi er målet med den fenomenologiske analysen å «utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Vi leter etter essenser eller de

vesentlige kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes i møte med data.» (Malterud, 2013 s. 97). Analysen er eksplorerende, deskriptiv og databasert.

I systematisk tekstkondensering identifiserer en temaer i teksten som danner grunnlaget for utviklingen av koder/grupper, som kan brukes til å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet kommer tydeligere frem. (Malterud, 2013) Analyse-metoden beskrives i Malterud kap.9 (2013) i 4 trinn:

Trinn 1: Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer.

Trinn 2: Fra temaer til koder.

Trinn 3: Kondensering. Fra kode til mening.

Trinn 4: Sammenfatning- fra kondensering til beskrivelser og begreper.

Systematisk tekstkondensering er en av mange mulige måter å gjennomføre en kvalitativ analyse på, og det er en tverrgående analyse. Det vil si at analysen sammenfatter informasjon fra ulike informanter, og systematisk tekstkondensering er et redskap for å gjennomføre analysen – og den egner seg for å utvikle beskrivelser, og delvis også for begrepsutvikling (Malterud, 2013) For analyse, se kap. 5.

I trinn 1 leste jeg gjennom intervjuene i sin helhet, og noterte ned stikkord som jeg oppfattet som relevante i forhold helhetsinntrykket av intervjuet opp mot problemstillingen. Jeg leste så igjennom intervjuene på nytt, og noterte da ned tema som jeg syntes kom frem i datamaterialet. Jeg noterte også ned noe jeg oppfattet som et styrende tema for det informantene opplevde som godt samarbeid. Jeg forsøkte å sette min egen forforståelse i parentes, jeg hadde heller ikke gått i dybden på teori rundt samarbeid på dette tidspunktet. Etter trinn 1 hadde jeg følgende hovedtema:

- Rød tråd. Å trekke lasset sammen.

Og følgende undertema:

- Kunnskap- felles grunnmur
- Struktur og rammer
- Kommunikasjon, kontinuitet og informasjonsflyt
- Treffpunkt
- Inkludering – viktigheten av å ha med miljøpersonalet

I trinn 2 gikk jeg gjennom intervjuet linje for linje for å finne meningsbærende enheter. Relevant informasjon fra intervjuene ble gruppert og koblet opp mot en kode for hvert tema. Enkelte av enhetene kunne kobles opp mot flere koder, slik at jeg valgte å redusere kodene noe da de i for stor grad omhandlet det samme. Også etter denne justeringen hadde jeg enkelte meningsbærende enheter som kunne ha flere koder, men i mindre grad. Etter andre trinn hadde jeg samme hovedkode som på trinn 1, men jeg hadde da 3 subkoder som belyste hovedtema. Kodene var da:

- Overordnet tema, kode 1: Rød tråd og trekke lasset sammen
- Subkode 2: Kunnskapsgrunnlag
- Subkode 3: Strukturelle rammer
- Subkode 4: Pasientinvolvering

I tredje trinn ble det hentet ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enheten som er kodet sammen. Jeg forsøkte også her å legge min forforståelse til side, men hvordan jeg vektlegger og forstår de ulike kondensatene kan likevel ubevisst være preget av min kunnskap og erfaring innen området. I fjerde trinn har jeg sammenfattet hva mitt materiale forteller i forhold til problemstillingen, gruppert i subgrupper. Denne analytiske teksten er resultatet av min studie.

4.3 Etikk

4.3.1 Juridiske og forskningsetiske overveielser

I dette prosjektet er lover og forskningsetiske retningslinjer fulgt og overveid, -både formelt og uformelt gjennom prosjektet.

Det ble i løpet av prosjektet planlagt å innhente opplysninger fra helsepersonell tilknyttet behandlingstilbudet, «Orkdalsmetoden». Arbeidet med masteroppgaven startet våren - 19, og prosjektskisse og søknad om fremleggsvurdering REK ble innsendt juni-19. Tilbakemelding fra REK i juni om at full søknad skulle sendes REK for godkjenning av prosjektet. Tilbakemelding fra REK i september om at prosjektet var utenfor deres mandat (se vedlegg 3). Prosjektet ble da sendt til NSD for godkjenning. Prosjektet ble godkjent i januar -20 (se vedlegg 4).

4.3.2 Etske problemstillinger og overveielser

Jeg har under arbeidet med prosjektet fulgt viktige etiske prinsipp innen kvalitativ forskning; frivillighet, informert samtykke, unngåelse av negative konsekvenser for informantene, konfidensialitet og transparens på min egen rolle og forskningsprosessen (Tracy, 2010;Helsinkideklarasjonen, 2013;Kvale & Brinkmann, 2015;De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Informantene ble rekruttert gjennom nærmeste leder, slik at ingen fikk direkte henvendelse fra meg. Alle fikk på forhånd informasjon om studiets formål, og informasjon om frivillighet, samtykke, lydopptak og mulighet for å trekke seg underveis. Dette ble på nytt gjentatt under intervjusituasjonen, og informert samtykke ble signert. Utsagn fra intervjuet er anonymisert, og opplevelser, mening og utsagn er forsøkt fremstilt slik de fremsto og ble tolket underveis i intervjusituasjonen. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, som deretter ble transkribert av meg. Lydfil ble lagret på kryptert minnepinne, og slettet fra opptaker etter intervjuet. Anonymiserte, transkribert data ble lagret på mitt hjemmeområde på NTNU, og samtykke fra informantene ble lagret i låst skuff på mitt kontor. Min sekretær signerte også på taushetserklæring i forhold til informasjon som ble gitt under intervjuet. I forhold til evt. pasientopplysninger som kom frem underveis ble det presisert at taushetsplikt etter Lov om Helsepersonell § 21 var gjeldende (Helsepersonelloven, 1999).

I forhold til min forforståelse, så er den redegjort for i kap.4.2.1. Hvordan dette kan påvirke studiens reliabilitet og validitet omtales i kap. 4.4.

4.4 Metodediskusjon: Reliabilitet/validitet

Validitet kan forstås som i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke. Reflekterer innsamlede data de fenomenene en ønsker å vite noe om? Reliabilitet handler om hvor pålitelige resultatene til studien er. Kunne studien kunne

vært utført av en annen forsker, på et annet tidspunkt og med samme resultat? (Kvale & Brinkmann, 2015). I kvalitativ forskning er ikke funn repliserbare, -funnene i en kvalitativ studie er kontekstuelle, altså de er gyldige i den konteksten de ble undersøkt. En kan likevel vurdere om funnene er analytisk generaliserbare, -altså om funnene fra studien kan brukes som en rettleiding for hva som kommer til å skje i en annen situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015).

Å velge kvalitativ metode mener jeg er det beste valget for å belyse problemstillingen, og valg av fokusgruppe gjorde at jeg fikk gode beskrivelser og erfaringer rundt samarbeid ved hjelp av gruppedynamikken. Det ble samtidig vanskeligere for meg å styre diskusjonen uten å ødelegge dynamikken når det ble utført i gruppe. Hvordan jeg og deltakerne påvirker hverandre vet man heller ikke, og må tas med i betraktningen når funn leses. Å gjennomføre intervju på eget arbeidssted kan ha enkelte utfordringer og kan være en svakhet i studien. Døgnbehandling av mødre med fødselsdepresjon som beskrevet i Orkdalsmetoden gjennomføres ikke annet sted i Norge, slik at informanter fra annet sykehus er ikke tilgjengelig. Jeg har i prosessen med å planlegge, gjennomføre og analysere intervjuene vært oppmerksom på at dette påvirker tolkningen av datamaterialet, samt at innholdet i intervjuet kan påvirkes av at u.t. intervjuer kolleger og samarbeidspartnere. Ved å ta med en som ikke har kjennskap til informantene inn i gruppa forsøkte jeg å påvirke intervjusituasjonen på en slik måte at den ble mer formell, men at en likevel kunne dra nytte av at informantene kjente hverandre slik at intervjuet ble gjennomført i et trygt klima. Underveis i intervjuene stilte jeg også klargjørende spørsmål på om jeg hadde forstått det som ble sagt riktig, slik at informantene underveis hadde mulighet til å korrigere min oppfatning. Transkriberingene og analysen er ikke gjennomgått i detalj sammen med en annen forsker, noe som kunne vært en styrke i analysearbeidet.

5.0 Funn og diskusjon opp mot teoretisk referanseramme

Gjennom analysen av fokusgruppeintervjuene presenterer jeg her funn i forhold til problemstillingen: «Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?» Informantene i begge fokusgrupper fremsto som ivrige etter å dele sine erfaringer og synspunkt, og diskusjonene fløt godt og fritt. Dynamikken i gruppene var preget av at samtlige informanter var ivrige etter å forbedre og kvalitetssikre en metode som de har god tro på, og som de faglig sett er veldig engasjerte i.

Overordnet tema er "rød tråd og å trekke lasset sammen", der betydningen av rød tråd kan forstås som at behandlingstilnærming og tiltak fremstår helhetlig og med sammenheng. Begrepet rød tråd nevnes av en av informantene, og er et godt, allmennkjent bilde på erfaringer om sammenheng mellom ulike ledd. Å trekke lasset sammen har betydningen at alle skal trekke i samme retning for å nå et felles, kjent mål. Dette begrepet ble også nevnt av flere av informantene, og er noe av det de beskriver som opplevd godt samarbeid. Jeg presenterer funn i forhold til 3 subtema informantene trekker frem som viktige i forhold til å samarbeide slik at det oppleves som at en har en rød tråd gjennom behandlingsforløpet og at en drar lasset sammen. Subtema er kunnskapsgrunnlag, strukturelle rammer og pasientinvolvering.

5.1 Kunnskapsgrunnlag

Jeg velger å skille mellom 4 former for kunnskap som omtales av informantene på forskjellige vis; -kunnskapsidealet, -generell kunnskap om og felles forståelse av metoden, - gjensidighetskunnskap, kunnskapsutveksling og likeverd, og -kunnskap om selve metoden.

5.1.1 Kunnskapsidealet

Det kommer klart frem at informantene ønsker at behandlingstilnærmingen skal fremstå helhetlig, i form av at det skal være en sammenheng mellom de ulike behandlingstiltakene som settes inn. Det fremkommer også at det er viktig at alle skal bidra inn i samarbeidet, slik at en drar lasset sammen. Dette kan sies å være et kunnskapsideal, noe en strekker seg etter. En uttaler:

"Vi tilstreber jo å klare å se helheten, for å klare å gi best hjelp der de er. På en måte sammen med pasienten vurdere at det trengs, å sette inn tiltak."

Dette kan forstås som at en må se helheten for å klare å gi best mulig hjelp, og at også pasienten skal være med i diskusjonen for hvilken hjelp som skal gis.

En informant beskriver etter et felles møte opplevelsen av å dra lasset sammen slik:

"Der syns jeg på en måte at vi fikk til de beste faglige drøftingene og der jeg på en måte følte at vi dro aller mest i samme retning. Hadde samme forståelse og enighet om hva det skulle jobbes med."

Erfaringen her forstås som at gode faglige drøftinger i fellesskap, der en oppnår felles forståelse og enighet om hva det skal jobbes med fremover oppleves som godt samarbeid og er fremmende for å gi god helhetlig behandling.

Informantene har erfart at det har variert mye fra sak til sak hvordan de har lyktes med samarbeidet og behandlingstilnærmingen i Orkdalsmetoden, og de reflekterer mye over dette underveis i gruppediskusjonene. Alle informantene trekker frem at samarbeidet fungerer best når behandlere og miljøterapeut(er) treffes før og etter konsultasjonene fra BUP, samt at miljøpersonalet deltar inn i konsultasjonen med BUP. BUP får da nødvendig oppdatering ift. familien før sin konsultasjon, miljøpersonalet får informasjon, erfaring og kunnskap ved å delta under konsultasjonen, og alle parter har nok informasjon til å kunne delta i å legge en felles plan ift. videre behandlingsforløp. Flere nevner det som viktig å være oppdaterte på hva som skjer, og å treffe hverandre for å planlegge og evaluere. Samme forståelse, fokus og felles drøftinger nevnes som viktig for å erfare at samarbeidet lykkes. En uttalte at samarbeid opplevdes slik når samarbeidet mellom BUP og DPS fungerte godt under innleggelsen:

«Det mor har jobbet med i sine timer med sin behandler blir på en måte styrka av samspillsveiledninga, og omvendt.»

Dette kan forstås som at dersom en samarbeider godt under behandlingsforløpet, styrker en hverandres behandlingstiltak, kompetanse og intervensjon gjennom å ha samme forståelse og mål for hva mor og barn ønsker å oppnå med behandlingen. Helheten er større enn summen av delene i samarbeidet. Flere informanter nevner at samarbeidet oppleves som godt når noen andre kan gi noe en ikke kan gi selv. En sier at det er viktig at samarbeidet mellom DPS og BUP gir mer samla, enn en kunne ha gitt hver for seg. Samarbeidspartnere kommunalt trekkes også frem som viktig for den helhetlige tilnærmingen.

Flere ønsker flere faglige drøftinger og evalueringer for å få mer helhetlig syn på pasienten og behandlingsforløpet, og for å justere behandlingsplanen ved behov. Informanter i gruppa fremhever at de vil ha best mulige forutsetninger for å kunne gi god hjelp, da en kan ha feil fokus i møte med pasienten dersom ikke. Det nevnes at en kan gå seg bort dersom en ikke sammen tar et skritt tilbake og evaluerer behandlinga. Fra miljøterapeutene nevnes også nødvendigheten med å bli inkludert i samtaler og samarbeid på behandlernivå, både på BUP og DPS. Å ikke delta i disse treffene beskrives slik:

"Der mister man for mye... Ja, da mister en det helhetlige perspektivet. Mister den røde tråden da. Den blir så hakkete. Oppstykket. Og det er ikke heldig.»

Dette forstås som at dersom miljøterapeutene ikke deltar i behandleramtaler så opplever de å miste helhetsperspektivet og sammenhengen i behandlingsforløpet, og dette er ikke gunstig for behandlingen.

Flere av informantene nevner at det er viktig for helheten i Orkdalsmetoden at mor og barn ikke skal splittes, og det er viktig at både mor og barn får hjelp. Det er viktig at samspillsperspektivet blir tatt med inn i behandlingen av mor for at Orkdalsmetoden skal fremstå som en helhetlig behandlingsmetode. Mor og barn skal sees i en sammenheng.

En informant nevner at alle var "på hugget" i starten av prosjektet for å få samarbeidet til å flyte og å følge retningslinjer, men at dette har sklidd ut litt etter hvert. Dette forstås som at engasjementet i pasientarbeidet må vedlikeholdes, og det må opprettes en kultur innad i behandlingsteamet som styrker helhetsfokuset og samarbeidet i metoden til pasienten og barnets beste. At det er travelt og at en alltid må prioritere opp mot andre arbeidsoppgaver kan også virke negativt inn på engasjement og driv.

5.1.2 Generell kunnskap om og felles forståelse av metoden

Å ha god fagkunnskap på hvilket grunnlag Orkdalsmetoden er basert på faglig virker ifølge informantene inn på måten en kommuniserer mot pasientene, og på måten en samarbeider på. Å være trygg i rollen som fagperson gjør det lettere å motivere pasienten til behandling. Enkelte pasienter tar gjerne imot all den hjelp de får, mens andre er mer skeptiske til å ta imot den behandlingen som ligger i rammene til Orkdalsmetoden, -spesielt opp mot bistand fra BUP. Det beskrives at det er lettere for en erfaren, trygg fagperson å motivere pasientene til å ta imot behandling der det er vurdert behov, enn det er for fagpersonell som ikke er så kjent med metoden eller fagkunnskapen den er tuftet på.

Det er lettere å komme i posisjon til å motivere, veilede og behandle mor og barn og å være med å dra lasset når en er trygg på sin fagkunnskap. Det er også viktig å være tydelig på hva en har kompetanse på, og spørre andre i teamet på det en vet de er gode på. Det trekkes fra noen frem at samspillsveiledninga ikke skal gjennomføres kun når samspillet oppleves som et problem. Det kan for noen virke uhensiktsmessig å involvere BUP der en observerer at samspillet er godt, mens det for andre igjen oppleves som en anledning til å gi positiv feedback for å kunne gi mor (og far) mestring i rollen. Det poengteres også at det er viktig å ha fokus på barnet, og å unngå at foreldrene føler seg overvåket. En uttaler:

«Det er kanskje også viktig hva man tenker samspillsveiledninga skal gjøre da på en måte. Kanskje man ikke skal tenke så mye at det skal reparere noe som er forstyrret. Men at det skal være et positivt bidrag da. For å bruke et begrep i NBO – så snakker en om viktigheten av å vanne tilknytninga mellom foreldrene og barnet. At man tenker at det er like mye det en skal gjøre. På en måte å styrke det som er positivt og bra i en krevende situasjon.»

Dette kan forstås som at det er viktig at en i behandlingsteamet har fokus på dialog og kunnskapsutveksling, slik at en får et felles kunnskapsgrunnlag på hvordan de ulike tiltakene i metoden er med på å bygge oppunder hverandre. Ved å ikke ha dialog under behandlingsforløpet og behandlingstilnærmingen, kan en sette inn eller avslutte tiltak som den med best kompetanse på området er uenig i. Dersom en legger transaksjonsmodellen (se kap.2.1.3 fig.1) til grunn i sitatet over, kan en forstå det som at en gjennom å positivt forsterke et godt samspill overfor mor gir henne positiv mestring i rollen som mor, noe som igjen kan medføre bedring i hennes depresjonstilstand. En bedring i mors depresjonstilstand, vil igjen føre til enda bedre forutsetninger for et godt samspill, noe som virker positivt inn på barnets videre utvikling og tilknytning til mor. Også flere studier peker på at erfarings- og kunnskapsutveksling er viktig for samarbeid mellom helsetjenester, for å fremme samhandling og et

sammenhengende hjelpetilbud (Elstad, Steen & Larsen, 2013; Bratrud & Granerud, 2011).

Å ha en felles forståelse av pasientens og familiens behov blant involvert fagpersonell nevnes som viktig for å sikre godt samarbeid med det mål å gi god, helhetlig behandling til pasientgruppen. En informant beskriver denne forståelsen slik:

"En felles grunnmur... Rett og slett... At man har en felles forståelse for hvordan man ser og tenker. "

Å ha felles forståelse kan her forstås som at en etter faglige diskusjoner og utveksling av kunnskap sammen kan finne frem til hva en skal jobbe med videre, og på hvilken måte. En informant uttaler:

«Det er viktig å ha felles forståelse av situasjonen. Da vil man trekke lasset sammen dit man skal.»

Dette forstås som at alle samarbeidspartnerne kan bidra inn i samarbeidet mot pasientens mål, dersom dette målet er uttalt, og en har drøftet seg frem til en felles forståelse av hvilken tilnærming og tiltak en skal velge for å komme nærmere brukerens mål. For å være med å trekke lasset er det også viktig å vite hvilken rolle en selv har. Felles målsetting og rolleavklaring er funn som også støttes i Bratrud & Granerud (2011). Utsagnet kan også tolkes som at det også er viktig at familien har det samme uttalte målet og forståelsen for situasjonen, og at de har vært med på å bestemme målsettingen. Dersom pasienten ikke har samme mål og forståelse av hva situasjonen er, er det vanskelig å lykkes med behandling. Og dersom en lykkes med å oppnå noe som ikke er pasientens mål, har man da egentlig lyktes? Pasientens rettigheter i forhold til å delta i og ha innflytelse på utarbeidelsen av en behandlingsplan er lovfestet, og det er vår plikt som helsepersonell å bistå i utarbeidelsen av en behandlingsplan med psykoedukasjon, kunnskap og erfaring på hvilke muligheter som fins innen behandling. (Pasientrettighetsloven §3-1) Det er ikke alltid en blir enig i hvilke tiltak en skal sette inn, og pasienten har da til syvende og sist et valg på om en vil motta behandling eller ikke (så fremt det ikke er tvungent vern etter psykisk helsevernlov (1999) § 3).

Oppdatert kunnskap i form av skole og kurs nevnes også som fremmede når det gjelder å oppnå felles forståelse for å kunne gi god, helhetlig behandling. En miljøterapeut har nylig gått utdanning innen området, og forklarer nytten av kunnskap og faglig trygghet slik:

"Den er litt viktig å ha med seg. For å forstå mor. Og da er det lettere å vite hvor en skal gå inn også kanskje. Hvor en skal veilede... ja. På eget initiativ da. "

Dette kan forstås som at tillit til sin egen fagkunnskap er viktig, slik at en kan handle ut fra egen fagkunnskap og ikke etter instruks. Dette er også en viktig forutsetning i miljøterapi, der bruken av faglig skjønn og å kunne innrette seg etter en felles fagideologi er en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet. I miljøterapeutisk arbeid er det ofte behov for individuelle tilpasninger og løsninger, og det kreves da en fleksibel og dynamisk skjønnsmessig faglig vurdering i situasjonen. Faglig skjønn må basere seg på at miljøterapeuten har god fagkunnskap om fagområdet, miljøfaktorer, og hvilken behandlingssideologi som er valgt (Ellingsen, 2014; Olkowska og Landmark, 2016).

Informantene forteller at økt fagkunnskap gir dem bredere forståelse av mor og barn, og at de er mer oppmerksomme på og mer i stand til å gå inn i forhold til behandling og intervensjon. Å være med i gruppa rundt Orkdalsmetoden har også gitt dem lettere tilgang på kurs og kompetanseheving, noe som oppleves positivt. En informant reflekterer over hva kunnskap gir, og sier:

"Kunnskap er jo nøkkelen til det meste egentlig. For å forstå."

Her peker informanten på at kunnskap er viktig for å kunne gi god behandling. Å øke individuell kompetanse og å utnytte kompetanse som ligger i teamarbeid, både internt i en enhet men også mellom nivå, er noe av det som er tydelig uttalt som satsning i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Helse- og omsorgsdepartementet (2019b)).

I diskusjonen ble det også spurt om i hvilken grad BUP og DPS samarbeider utenfor prosjektet der en tenker det hadde vært naturlig og gunstig ut ifra det en har av fagkunnskap. Det nevnes at det tidligere var samarbeidsmøter mellom DPS og BUP, men at disse ikke førte til at samarbeidet mellom ble tettere. Flere opplever å ha pasienter der barn eller mor/far mottar behandling fra BUP/DPS, og informantene gir uttrykk for at et samarbeid mellom voksenbehandler og barnebehandler i mange tilfeller kunne vært en fordel. Det kommer få erfaringer på tilfeller der et slik samarbeid er etablert, og de fleste erfaringene er på å gi barnet informasjon om forelderens psykiske lidelse i tråd med helsepersonelloven (1999) §10a. Alle mener at DPS er mer bevisste på å ta hensyn til barn av psykisk syke, og å følge opp retningslinjer og oppfølging av dem. Informantene er usikre på om dette skyldes økt fokus grunnet deltakelse i Orkdalsmetoden og kompetanseheving, eller om det er en mer generell endring i PH som følge av lovverk og generelt økt fokus.

5.1.3 Gjensidighetskunnskap, kunnskapsutveksling og likeverd

Å ha BUP som samarbeidende part inn i Orkdalsmetoden beskrives av noen av informantene som faglig trygt, og at en har tilstrekkelig faglig tyngde inne for å sikre at Orkdalsmetoden kan gi god, helhetlig behandling. Flere nevner at de ikke har tilstrekkelig fagkunnskap for å kunne utført det den andre samarbeidspart (DPS eller BUP) bidrar med inn i prosjektet. Miljøterapeutene uttrykker at de er gode på behandling av depresjon generelt, men at de ikke har tilstrekkelig fagkunnskap til å kunne utført samspillsveiledning på selvstendig grunnlag. Spesielt nevnes møtene før og etter konsultasjon fra BUP som viktige i forhold til å oppnå felles kunnskap og grunnmur, og for å bygge videre på det kunnskapsgrunnlaget en allerede har. Miljøpersonale opplever at de får økt kunnskap og forståelse av å observere hvordan BUP jobber, og veiledningen etterpå oppleves også som nyttig for å få felles forståelse:

"Jeg er jo helt avhengig jeg, for å si det rett ut, av at når BUP er der – at jeg får tips etterpå. Hva ser du etter? Jeg er avhengig av det for jeg kan ikke nok om det. Så det samarbeidet må vi jo ha for å få dette til å gå."

Gjensidigheten i samarbeidet kommer her godt frem, en er avhengig av hverandres kunnskap for å få en helhetlig behandlingstilnærming. Her utnytter en kunnskapsressursene en har tilgjengelig for å kunne gi god behandling. Behandlerne fra

BUP har sin spesifikke kunnskap om spedbarnet og samspill og tilknytning til mor. Behandler og miljøpersonale ved DPS har sin spesifikke kunnskap i forhold til behandling av depresjon. Gjennom kunnskapsutveksling, veiledning og samarbeid får en til å jobbe med det som ligger mellom disse to hovedområdene med kunnskap, ikke ved at alle vet alt, men at alle vet nok til å kunne yte god behandling ut ifra sitt nivå. Kunnskapsutveksling mellom de ulike faggruppene er også viktig for et opplevd godt samarbeid. Informantene fra BUP sier at det er nyttig for dem å få informasjon fra behandler og miljøpersonale før konsultasjonen for å lettere møte familien der de er:

"De i miljøet ser jo mer hvordan det går, ikke sant. Både på kveldstid og til alle døgnets tider egentlig. De kan kanskje lettere plukke opp om det er noen situasjoner som kan være utfordrende for disse foreldrene."

Dette utsagnet kan forstås som at de observasjonene som gjøres i miljøet er viktige for samspillsveiledningen fra BUP, slik at de har mulighet til å kunne «treffe» med sine tiltak til familien, basert på faktiske observasjoner av hva som er utfordrende i løpet av døgnet. Også neste sitat viser til at dialogen mellom behandlerledd og miljø er viktig for at metoden skal fremstå helhetlig:

«En ting er at behandler barn voksen skal ha en god dialog, men jeg opplever at det er viktig at en har med miljøet. For den dag-til-dag jobbinga.»

Dette utsagnet forstås som at det må sikres informasjonsflyt mellom alle ledd i samarbeidet, og at kontakten mellom behandler- og miljøterapeut-nivået må fungere for at resten av behandlingstilbudet skal fungere. Observasjoner, relasjoner og tiltak i miljøet gjennom døgnet fremheves av behandlergruppa som en av fordelene i metoden:

"Den miljøbiten er jo noe av fordelene tenker jeg. Med metoden."

Dette forstås som at individualterapeutene ser at miljøterapien er en likeverdig del av behandlingssopplegget, på lik linje med individualbehandling og samspillsveiledning. Likeverd og inkludering i samarbeidet kommer også etter min tolkning frem i disse utsagnene der det er snakk om kommunikasjon i samarbeidet:

«Det første er i hvert fall at vi snakker sammen. Det er første bud.»

På spørsmål om hvem som må snakke sammen fortsetter hun:

«Det må være alle det. Alle som er knytt til modellen. At vi er med alle.»

Likeverd i samarbeidet trekkes frem som viktig i samhandlings- og samarbeidsforskning (Grut, 2007; Tøndel & Ose, 2013)

Informantene formidler at det er viktig at en vet hvordan de andre samarbeidspartene jobber, og det er viktig at det sikres at alle har nok kunnskap til å kunne utføre en faglig god jobb. Gjensidighetskunnskap blir også av Vik (2018) påpekt som en viktig faktor i samhandling og samarbeid i helsesektoren. Han beskriver gjensidighetskunnskap som kunnskap om hverandres kompetanse, systemer, muligheter og begrensninger, og at en kjenner til hverandre etter å ha pratet sammen og møttes. Fra informantene blir felles fagdager eller andre treffpunkt for å utveksle kunnskap og å drøfte erfaringer nevnt som et godt tiltak for å kvalitetssikre at alle har kunnskap til faget og hverandre. Miljøterapeutene nevner at felles kunnskapen og dermed forståelsen er nødvendig for at

de skal kunne veilede og støtte mor i samspillet med barnet mellom konsultasjonene til BUP.

En informant poengterer at det er viktig at BUP deltar i samarbeidet uavhengig av hvordan en observerer kvaliteten på samspillet, for å kunne gi veiledning på samspill og veiledning på foreldrerollen eller evt. å gi viktig bekreftelse på at det en observerer faktisk er godt samspill slik at mor får viktig mestring i rollen. Det problematiseres også hvem som skal ta denne avgjørelsen om at samspillsveiledning ikke trengs, eller at familien ikke har behov for de rammene som ligger i prosjektet. Det påpekes at BUP i enkelte tilfeller har hatt lite informasjon fra miljøpersonalet, og at deres observasjoner og deltakelse i hverdagssamspillet ikke har vært en del av denne vurderingen.

Miljøpersonalet påpeker at det er de som er mest sammen med familien, og en uttaler:

«For vi er veldig viktige vi tenker jeg. For vi er jo sammen med pasienten og babyen gjennom 7,5 time, litt av og på. Mye av tida. Og da er vi jo veldig avhengige av hva vi skal observere.»

Dette kan forstås som at miljøpersonalet ser på sin rolle, og sine observasjoner og mulige intervensjon, som viktig i behandlingstilbudet. Deres kontakt med pasientene og deres observasjoner må komme frem i samarbeidsteamet for at det skal være sammenhengende, helhetlig behandling. Likeledes må de ha informasjon om hva de skal ha fokus på for å kunne bidra på best mulig måte i behandlingen. Lite kommunikasjon mellom disse to leddene i behandlingen er en utfordring, da viktig informasjon går tapt dersom en ikke har gode rutiner for informasjonsflyt. BUP sin intervensjon vil da basere seg på det de ser selv i en konsultasjon, og en får ikke tilgang til observasjoner og informasjon fra mer reelle hverdagssituasjoner. Dersom miljøpersonalet observerer eller har samtale med mor eller far ang. samspill eller f.eks. depressive symptomer som innvirker på samspill, -er det viktig at dette kommer frem slik at det blir hensyntatt i behandlingen. Det er etter min mening ekstra viktig at informasjonen flyter godt mellom ledd når det er ulike instanser og fagpersonell med ulikt kunnskapsgrunnlag som samarbeider, da det er færre treffpunkt, og observasjoner og informasjon kan tolkes ulikt i sammenhengen ut ifra kunnskap og erfaring.

5.1.4 Kunnskap om selve metoden

Kunnskap om metoden, og hvilke retningslinjer en har å forholde seg til nevnes flere ganger når en diskuterer hvordan samarbeidet best kan foregå. Kunnskap om metoden er nødvendig for at samarbeidet mellom de ulike partene skal flyte, og for at alle har felles forståelse for hvordan en skal jobbe i metoden, og hva sin rolle innebærer. Manglende forståelse og kommunikasjon i behandlingsteamet på hva sin rolle i behandlingen er oppleves vanskelig i det daglige arbeidet med pasientene. Flere informanter ønsker en kommunikasjon og et samarbeid som er slik at alle vet sin rolle og oppgave for å fremme helhetlig behandling til det beste for pasienten.

En informant sier:

"Vet de hva de kan forvente av oss på en måte egentlig?"

Dette utsagnet forstås som at det er viktig at det er klare retningslinjer på hvordan arbeidet i metoden praktisk skal forstås, og at alle samarbeidsparter må ha informasjon

om dette og hva en skal forvente både av sin egen rolle og av andre. Dette utsagnet samsvarer med funn i kap.5.1.3.

Noen av informantene sier at det er tydelige retningslinjer for hvordan behandlingen i Orkdalsmetoden skal foregå, og at disse er detaljert nedfelt i EQS (St. Olavs kvalitetssystem). Der ligger det retningslinjer for når DPS skal kontakte BUP, når BUP skal oppsøke pasienten på DPS og hvordan den videre oppfølgingen skal skje i forhold til samspillsveiledning med BUP, inkludert at BUP skal ha et kort møte med personale DPS før veiledning, at miljøpersonalet deltar under veiledning og at BUP veileder miljøpersonalet etterpå. Flere informanter har gode erfaringer med samarbeid når disse rutinene blir fulgt, og at det er da de opplever å ha fått til godt samarbeid slik at behandlingstilbudet fremstår helhetlig og med sammenheng mellom behandlingstiltakene.

Flere informanter sier at det er utfordrende å samarbeide dersom retningslinjene i metoden ikke blir fulgt. En uttaler:

"Det nytter ikke å ha rutiner så lenge en ikke følger dem."

Informantene diskuterte hvorfor det ble slik, og de fant ut at det hadde vært ulike årsaker til hvorfor dette hadde skjedd. For lite opplæring av nye som skal delta i gruppen kan være en årsak til at samarbeidet ikke har fungert så godt, grunnet brudd på prosedyrer og retningslinjer. En av informantene sier at opplæring i stor grad har vært at en informerer om hvor informasjonen er tilgjengelig, og at hver enkelt oppdaterer seg selv. At erfarne gruppemedlemmer er tettere på i opplæringsfasen nevnes som en mulig løsning på dette. Dette forstås som at nye behandlere og miljøpersonalet må få god opplæring når de skal delta i behandlingsteam i metoden, både når det gjelder fagkunnskap metoden er tuftet på og om hvordan modellen er utarbeidet i forhold til praktiske retningslinjer og samarbeid mellom de ulike bidragsyterne. Denne opplæringen bør gis ansikt-til-ansikt, og det bør ikke kun være opp til hver enkelt å sette seg inn i metoden. Dette er en mer tidkrevende prosess, og kan kreve opplæring både formelt i form av skole/kurs, og erfaringsutveksling mellom nye og erfarne deltakere i behandlingsteamet. Å bruke ressurser på god opplæring bør forankres på ledelsesnivå, og gjennomføres systematisk. Nødvendigheten av å ha lokale retningslinjer når helsetjenester skal samarbeide fremheves også i Vik (2018) sin oversiktsstudie.

I diskusjonene blir det nevnt at det ikke bør gis fleksibilitet på om en skal ta imot samspillsveiledning/foreldreveiledning fra BUP. Behov for "standardpakke" for hva BUP skal starte sin oppfølging med nevnes, slik at det er mer klart for alle hva BUP skal bidra med inn i samarbeidet. Kunnskap til fagfeltet og enkelte behandlingsmetoder (Circle of Security, New Born Observation, Marte Meo) nevnes som positivt i forhold til at det er enklere å forklare tydelig hva det er en skal jobbe med. Dette forstås som at det er noe usikkerhet innad i gruppa på hva som ligger innenfor metoden, slik at en videre i utviklingen av modellen bør drøfte dette.

Flere har erfaringer på at ikke alle mødrene har hatt en tydelig fødselsdepresjon, men at en også har hatt familier innlagt med en litt annen problematikk. Det har da i enkelte tilfeller vært vanskeligere å få samarbeidet i metoden til å fungere. Det har heller ikke vært drøftet om rammene for prosjektet er riktige, når mor ikke har problemer tilsvarende fødselsdepresjon eller stabilisert fødselspsykose. En poengterer at tilbudet kan passe godt for ulik problematikk hos en av foreldrene, men at da behandlingsopplegget da må tilpasses mer. En har ikke hatt fokus på om Orkdalsmetoden er riktig tilnærming i disse tilfellene.

5.2 Strukturelle rammer

Struktur og rammer nevnes som en viktig forutsetning for at samarbeidet mellom fagpersonell i Orkdalsmetoden skal være godt. Felles treffpunkt nevnes som viktig innenfor strukturen som er lagt for prosjektet. Flexibilitet nevnes også av flere.

5.2.1 Tilgang til felles informasjon

Blant miljøpersonalet er det stort fokus på informasjonsflyt og kommunikasjon, og at dette er utfordrende for dem. Alle jobber turnus og ikke alle har full stilling noe som er utfordrende for å ivareta kontinuiteten og den røde tråden, i arbeidet opp mot familien. De er også opptatt av at kolleger som ikke er en del av gruppa må ha nok informasjon om hva det er som forventes av dem når de skal følge opp familien på vakter der ingen fra gruppa er på jobb. Aktiv bruk av behandlingsplan, med jevnlig evalueringer, nevnes som et godt arbeidsredskap. Å delta på felles drøftinger og felles treffpunkt med BUP og behandler fra DPS er viktig for å ha god informasjonsflyt. Skriftlig dokumentasjon over hva veiledninga fra BUP fokuserer på, og hvilke behandlingstiltak som en ment fulgt opp fra miljøpersonalet må være dokumentert skriftlig for at de skal klare å gjøre en god jobb som henger sammen med helheten i behandlingen. Dokumentasjonen må være slik at en enkelt kan sette seg inn i hva som er fokuset i behandlinga akkurat nå.

Miljøpersonalet fremhever at å delta i samtaler med mors behandler er viktig for å kunne få nok informasjon og holde den røde tråden i behandlingsforløpet, og for å kunne følge opp familien på en hensiktsmessig måte. En får da flyt i behandlingen, og en blir kobla på hele behandlingsforløpet. En miljøterapeut uttaler:

«Jeg liker å vite når jeg skal være nært pasienten. Når jeg skal hjelpe dem ellers gjennom dagen...Da får jeg lettere til å hjelpe pasienten.»

Dette forstås som at muntlig kommunikasjon og deltakelse veier opp for manglende skriftlig dokumentasjon når en deltar i felles samtaler. Informanten opplever det lettere å hjelpe pasienten når en har informasjon om helheten i behandlingsopplegget.

Dersom en ikke har god nok informasjonsflyt og kommunikasjon i behandlingsteamet så er erfaringen at en kan møte familien på en mindre hensiktsmessig måte, og som ikke står i sammenheng med resten av behandlingstiltakene:

«Også går jeg inn, også gjør jeg jo min greie. Uvitende om at jeg kanskje skulle hatt fokus på noe annet.»

Dette forstås som at manglende informasjonsflyt kan føre til at behandlingstiltak og fokus ikke er koordinert, og det er vanskelig å bidra til å gi helhetlig behandling til mor og barn.

Miljøterapeutenes observasjoner av samspill og hvordan mor og barn har det sammen i hverdagen bør være tilgjengelig for BUP. Behandlerne treffer pasienten i en kort periode, og i en spesiell setting, og de innehar derfor ikke tilsvarende observasjoner. Informant fra BUP nevner at det hadde vært spennende at deres intervensjon hadde vært mer deltakende i hverdagen til familien og i en mer naturlig setting i miljøet.

En informant uttalte dette i forbindelse med at hun ikke deltok i veiledning:

«For oss ble det ikke skrevet noe sted hva som var i veiledninga. Og da er det kjempevanskelig å gå etter og skulle....da glipper man fort, ikke sant, når du skal følge opp.»

Dette kan forstås som at ikke tilgjengelig eller manglende skriftlig dokumentasjon fører til at den røde tråden i behandlingen ikke nødvendigvis følges, og at ens eget bidrag ikke er en del av en helhetlig behandling. Tiltakene kan da være fragmenterte. Å unngå fragmenterte tjenester er noe av hovedhensikten med at Orkdalsmetoden er utarbeidet. Det må derfor videre være fokus på gode rutiner og klar ansvarsdeling på hvem som skal dokumentere, og en plan på hvordan denne skal gjøres tilgjengelig for samarbeidsparter utenfor egen enhet.

Flere beskriver utydighet rundt hvem som skal ha den skriftlige oppdateringen på hva som skjer i møtene med BUP, og hva som er planlagt av oppfølging fra miljøpersonalets side i etterkant. Flere bemerker utfordringer med at det er to journaler (en på mor og en på barnet) som er i aktiv bruk, uten at en har innsyn i begge. Atskilte journalsystem gjør det vanskelig å oppdatere seg på den skriftlige dokumentasjonen som har betydning for å kunne utføre en jobb som hensyntar aspekter fra både mor og barn, og dette oppleves utfordrende for helhetstenkningen. Spesielt miljøterapeutene opplever det som utfordrende å ikke ha tilgang til skriftlig dokumentasjon i forhold til deres rolle i samspillsveiledning og oppfølgingen av dette miljøterapeutisk.

"Hva skal vi se etter? Ikke sant?"

Dette tolkes som at miljøterapeutene ikke alltid har god nok kommunikasjon med de andre samarbeidspartene for å kunne utføre det de oppfatter som sin rolle og oppgave i miljøterapien. Informantene kommer med forslag på hvordan dette skal løses, og mener tydeligere ansvarsfordeling for dokumentasjon etter samspillsveiledning kan være en løsning:

"En skulle hatt ansvar – den som er i veiledninga - å journalføre et sted sånn at vi andre fort kan gå inn og se hva det ble veileda på."

«Den som er i veiledninga» forstås her som personal ved DPS som deltar i konsultasjonen, enten behandler eller miljøpersonal. Det bør derfor utarbeides rutiner og retningslinjer for hva dokumentasjonen skal inneholde, og hvem som har ansvar for å føre den i pennen. Å åpne for tilgang til den andre parts journal kan etter min mening også være en fordel i det videre samarbeidet i metoden. Dette krever i såfall samtykke

fra foreldrene, samt at en felles må drøfte etiske aspekter opp mot nytteverdien av å åpne for innsyn.

Utarbeidelsen og aktiv bruk av behandlingsplan nevnes som et viktig arbeidsredskap for miljøpersonalgruppa, men erfaringen er her at den ikke er utarbeidet eller oppdatert på en måte som sikrer riktig behandlingstilnærming og oppfølging av tiltak i alle ledd. BUP deltar i liten grad i utarbeidelsen av den skriftlige behandlingsplanen, da dette ikke brukes som et felles dokument. Mangel på skriftlig informasjonsflyt nevnes som en utfordring i forhold til å kunne følge den røde tråden, spesielt blant miljøpersonalet. DPS og BUP skriver i henholdsvis mors og barnets journal, og informantene forholder seg til «sin» journal. Flere sier at de opplever det utfordrende at informasjonsflyten baserer seg på muntlig overføring, og det er denne muntlige overføringer som ligger til grunn for hvordan miljøpersonalet går inn miljøterapeutisk ift. mor og barn. Det er fra miljøpersonalet ønskelig at behandlingstiltak og behandlingstilnærming i større grad skriftliggjøres, slik at de skal kunne klare å utføre jobben sin på en god måte som fremmer helhetsfokuset i behandlingstilnærmingen. Mangel på skriftlig felles dokument omtales slik av en av informantene:

"Men det er et tankekors egentlig, at to ulike enheter er påkobla, og at ingen har innsyn i hverandres journaler. Hvordan skal man da greie å ha et helhetlig blikk rundt situasjonen?"

Dette utsagnet tolkes som at informantene opplever at strukturelle rammer er til hinder for å kunne gi helhetlig behandling, da mor og barn til tross for samarbeidsrutiner, fortsatt formelt er i 2 ulike system.

Som en motvekt mot utfordringer i forhold til tilgang på felles informasjon trekkes planlegging frem som viktig for å kunne oppleve kontinuitet, og for å lettere klare å holde den røde tråden. Planlegging i forkant av når familiene kommer fremheves, slik at miljøkontaktene har mulighet for å være med i planlegging og treff allerede før behandlingssoppholdet starter. Også BUP fremhever at det er viktig for dem å få beskjed så tidlig som mulig for å klare å planlegge inn timeavtaler til familien. Erfaringene fra behandlingsteamet er mer positive i forhold til kommunikasjon og informasjonsflyt når en planlegger treffpunkt i forbindelse med BUP-konsultasjon. Informantene fra BUP opplever da å være forberedt i konsultasjonen med familien, og miljøpersonalet er oppdatert på hva som er fokus i samspillsveiledninga. At samarbeidende parter deltar på behandlingsmøtet til pasienten oppleves også positivt for samarbeidet. En forteller om å delta i behandlingsmøtet:

«Her kunne en avtale. Å kunne være med på drøftingene. Hvordan skal man avveie medisiner, ECT, opp imot mors kontaktevne med barnet og samspillsevne. Det opplevde jeg som god, helhetlig behandling.»

Planlegging forstås her som et virkemiddel for å få samarbeidsmodellen til å fungere, til tross for ulik arbeidstid og ulike stillingsstørrelser. Planlegging som fører til at partene i behandlingsteamet kan treffes, er viktig for at samarbeidet skal være godt. En har da mulighet til å drøfte faglig, og å ha felles forståelse på hva som skal være fokus i behandlingen fremover. Et eksempel kan være f.eks. å ha samspillsveiledning rett etter ECT. Det har liten hensikt, da mor ofte vil være litt trøtt og sløv etter behandlingen og

bør derfor unngås akkurat denne dagen. Det samme vil gjelde planlegging av fysisk aktivitet, og andre aktiviteter i miljøet. Medisinering bør også avtales og drøftes på samme måte, da enkelte medikamenter, som beroligende, vil innvirke på sensitiviteten til mor i samspeilet. En bør derfor sammen drøfte ulike behandlingstiltak, slik at ikke alle setter inn tiltak hver for seg, slik at det ene tiltaket blir fånyttet på grunn av et annet, og behandlingen fremstår kaotisk og utmattende. Mor må også være med på å bestemme hva hun mener er riktig fokus, og en må ha passe på at mor skal ha ro til å hvile og være sammen med barnet samtidig som hun kan bli bedre av sin depresjon. Dette krever god planlegging blant samarbeidspartene, et bevisst forhold til balansen mellom aktivitet og hvile hos pasienten, men også en del koordinering i forhold til at familieenheten er en del av en allmennpsykiatrisk behandling. Det er større behov for fleksibilitet og individuelle tilpasninger både blant miljøpersonale og behandlere for å tilpasse seg en familierytme som også skal være egnet til å ivareta et lite barn.

Opplevelse av å jobbe sammen mot et felles mål beskrives også av informantene:

«Men når man da jobber sammen og tuner seg inn på hverandre sammen på sånne samarbeidsmøter da får man jobba så godt og helhetlig på en måte som man ikke klarer hver for seg.»

Dette forstås som at ved tett kontakt i behandlingsteamet, og ved opplevelsen av å jobbe *sammen*, kan en koordinere tiltak og dele informasjon som fører til at overgangen mellom de ulike tiltakene blir mer sømløse, og henger bedre sammen.

5.2.2 utfordringer i forhold til kontinuitet og informasjonsflyt opp imot forskjellig arbeidstid og stillingsstørrelse

Flere nevner at turnus og stillingsstørrelse til informantene har betydning for samarbeidet i metoden. Miljøpersonalet går turnus, og ikke alle har full stilling. Dette oppleves som utfordrende når det gjelder å planlegge treffpunkt, slik at hele teamet rundt pasienten kan møtes. BUP har ofte fulle kalendre, og må rydde plass for avtalene med familiene. Treffpunkt avtales i liten grad slik at alle kan bli med, men det har vært mulig å gjennomføre i enkelte av sakene. Mørk, Aanestad & Håholm (2013) sin studie fra samarbeid internt i spesialisthelsetjenesten trekker også frem at forhold knyttet til arbeidstid og arbeidspraksis gjør det vanskelig med felles møter og samlinger.

En informant sier at hun er villig til å være fleksibel på når hun kommer på jobb for å kunne være med på timene med BUP, og hun hadde håpet at det hadde vært mulig å være fleksibel på det. Miljøpersonalet sier at det er essensielt å være på jobb når veiledninga skjer dersom de er kontaktpersoner, at det er viktig for å få fulgt pasienten tett nok. Dette kan forstås som at noen av informantene kunne tenkt seg å komme på jobb når det er nødvendig, og at fastsatt turnus da kan fravikes til beste for pasienten og samarbeidet. Dette vil være et spørsmål som må avgjøres av ledelse, og må veies opp i forhold til økonomiske spørsmål og drift av avdelingen forøvrig da fravikelse av ordinær arbeidstid vil føre til merkostnad for avdelingen og endring i ordinær drift i forhold til andre pasienter (Norsk sykepleierforbund, 2018). Økonomiske rammer kan da her være

til hinder for fleksibilitet blant personalet, og kan være en hindring for å kunne få flere felles møtepunkt. Verdien av møtene og god behandling må måles opp imot brukte kroner, og dette bør taes opp og drøftes i ledelse.

Det å ha hyppige treffpunkt i behandlingsteamet er av flere trukket frem som fremmede for samarbeidet. En uttaler:

«Også tenker jeg at der jeg syntes vi fikk til på en måte best resultat og best samarbeid var der vi på en måte hadde den aller tetteste kontakten og da. Når vi fra BUP hadde vært inne og snakka med familien så fikk vi til en kort prat med miljøpersonalet etterpå.....og vi kunne bli med inn på behandlingsmøter sammen med lege og psykolog og miljøpersonalet fra voksen.»

Flere felles treffpunkt fremheves her som viktig for samarbeidet. Å treffes jevnlig i hver pasientsak nevnes ofte, men også treffpunkt utenfor de i direkte pasientbehandling nevnes. Både felles fagdager der en kan ha fokus på økt kompetanse og økt forståelse, men også treffpunkt der en kan evaluere sammen.

«Lufte det en har på hjertet om ting en tenker kan bli bedre. Ting en ikke syns fungerer så godt. Åpent.»

Å samarbeide og ha behov for tett kommunikasjon med fagpersonell utenfor sin egen enhet kan være krevende, både når det gjelder samhandling og samarbeid. Det stiller krav til at en er gode til å planlegge og at en får frigjort tid slik at kommunikasjon i samarbeidet kan prioriteres. Å ikke være tilstede på samme tid på døgnet er også en utfordring, slik at en kan ha få treffpunkt for å evaluere samarbeidet, og å lufte meninger omkring mulige forbedringer i samarbeidet. Informanten ønsker flere slike treffpunkt.

En av faktorene som også kan påvirke samarbeidet i metoden er travelhet. Å følge retningslinjene i Orkdalsmetoden kan noen ganger oppleves som utfordrende, og det må prioriteres mellom det og andre arbeidsoppgaver. Informanter fra BUP har fulle kalendre, og informanter fra DPS har ofte en uforutsigbar hverdag da de jobber i døgnavdeling med varierende arbeidstrykk. En informant sier:

"Det skjer jo ting i avdelinga som gjør at en ikke får til å bli med på alt"

Dette forstås som at en må bortprioritere å delta på viktige møter og konsultasjoner til fordel for mer presserende oppgaver som må utføres i avdelingen, til tross for at en vet at å delta er viktig når det gjelder å kunne gi god, helhetlig behandling.

Stor stillingsstørrelse trekkes også frem som viktig for å klare å holde den røde tråden i behandlingsopplegget:

"Det her med oss som går i 100% kontra de som ikke går i 100. Det med å holde den røde tråden når du er primær. Er du i 100 % så holder du jo den røde tråden, det klarer du godt å gjøre."

Dette kan forstås som at det oppleves enklere å se helheten i behandlingen dersom en har stor stillingsstørrelse, og er mer tilstede i avdelingen. Ansatte med små stillinger har vanskeligere for å hold oversikt og sammenheng i behandlingsopplegget. Dette kan også

sees i sammenheng med funn i 5.2.1 som omhandler tilgang til felles informasjon. Dersom en av en eller annen grunn ikke får til å delta på viktige punkt i behandlingen, - som samtaler, drøftinger, overføringsmøter og veiledning, fører dette ifølge informantene til et brudd i informasjonsflyten. Også Mørk et al. (2013) trekker frem felles møteplasser som viktige i samarbeid. Her kan en få forståelse for hverandre sin kunnskap, verdier, profesjonsutøvelse og behandlingssideologi. En har da også muligheter til å kunne ta opp og komme gjennom spenninger og konflikter, for så å lykkes bedre med samhandling og samarbeid. Etter min mening virker stillingsstørrelse også inn på hvilken relasjon en har mulighet til å opprette og vedlikeholde med mor og barn. Relasjon er i mange undersøkelser trukket frem som det aller viktigste når det gjelder behandling av mennesker med psykiske lidelser (Hagen, Knizek & Hjelmeland, 2018; Hubble, Duncan & Scott, 1999). og dette vil selvfølgelig også gjelde for denne pasientgruppen. Også i litteratur rundt miljøterapi trekkes kontinuitet i form av store stillingsstørrelser frem som en viktig del av det organisatoriske rundt å tilrettelegge for god miljøterapi (Olkowska & Landmark, 2016). Kampen for heltidsstillinger har i mange år vært et hett tema i helsesektoren, da mange helsearbeidere kun får deltidsstillinger. Dette påvirker det faglige tilbudet i Orkdalsmetoden, og ellers i psykisk helsevern. Betydningen av kontinuitet og store stillingsstørrelser i relasjonelt arbeid bør løftes frem som et faglig argument i kampen om heltidsstillinger.

5.3 Pasientinvolvering

5.3.1 Manglende samtykke

BUP har i enkelte tilfeller ikke deltatt grunnet manglende samtykke fra foreldrene, eller de har trukket seg ut underveis etter at det er vurdert at det ikke er behov for mer oppfølging. Flere problematiserer dette, og gir uttrykk for at metoden da ikke fungerer.

"Det er så fastlagt program for gruppa her. Det skal være så...De skal treffe BUP 2 ganger i uka. Og hvis BUP trekker seg ut så blir det litt sånn at det sklir ut. Da har vi på en måte ikke god nok manual."

Dette forstås som at dersom en faggruppe trekker seg ut av samarbeidet, kan andre i teamet bli usikre på hva som forventes av dem. Bruk av metoden blir ikke helt avsluttet til tross for at deler av grunnlaget for hva den er bygd på ikke er tilstede. En bør da i fellesskap med pasienten finne ut hvordan behandling evt. skal fortsette, og innenfor hvilke rammer.

Når det gjelder samtykke fra foreldrene i forhold til å henvise barnet og motta oppfølging fra BUP, påpekes det som en utfordring i enkelte tilfeller. Flere av informantene påpeker at det er ulike måter å forklare overfor familien hvorfor samspillsveiledning er en viktig del av behandlingstilnærmingen, og at fagkunnskap og kjennskapen til metoden har betydning for hvordan dette legges frem. Flere nevner det som en god fremgangsmåte å være tydelig på hva det innebærer å motta behandling innen Orkdalsmetoden, og formidle dette til pasienten. Flere påpeker også at samspillsveiledning med BUP skal presenteres som en selvfølgelighet dersom en vil legges inn ihht Orkdalsmetoden, og at det ikke skal legges opp til valgfrihet innen metoden dersom de vil ta imot behandlingstilbudet. Da kan de heller velge å takke nei, og få tilbud om annen, ordinær,

behandling utenfor rammene i prosjektet. I forhold til hvem som skulle få behandling innen rammene for Orkdalsmetoden uttalte en informant det slik:

"For det vi snakka om i starten på prosjektet var jo at: Dette er pakken med DPS og BUP, -hvis du ikke vil ha det - da blir det et annet tilbud til deg. Da blir det ordinær innleggelse. Det var rammene."

Dette kan forstås som at en gjennom å ha kunnskap om metoden og på hvilket grunnlag den er utarbeidet, bør anbefale Orkdalsmetoden i sin helhet og ikke bruddstykker av den. Familien kan selv samtykke om en vil ta imot behandlingstilbudet, men innholdet i behandlingen endres ikke dersom en takker ja. Dersom pasienten ikke takker ja til behandlingstilnærmingen, må en vurdere annen behandling som ligger utenfor tilbudet.

5.3.2 Orkdalsmetoden eller ordinær innleggelse

Dersom en vurderer at familien ikke har behov for behandling innen rammene av prosjektet, erfares det at dette i liten grad er tatt opp til drøfting i behandlingsteamet spesifikt, og at det i enkelte tilfeller har vært avsluttet uten en samla drøfting. En påpeker at det er viktig å ha skille på hvilke behandlingsopplegg som er under Orkdalsmetoden, og hvilke behandlingstilbud som er annet tilbud. Hun sier:

"Nå høres det nesten ut som det er 2 parallelle tilbud da. At det er et som er Orkdalsmetoden der det er BUP og DPS som samarbeider om familien. Også er det et tilbud der mor legges inn sammen med baby. Egentlig som en ordinær innleggelse. Bare at familien er med på en måte. Det er jo to helt forskjellige ting som jeg hører det da. Egentlig."

Flere uttrykker skepsis til at metoden ikke skal følges da det kan føre til at baby og annen omsorgsperson må dra hjem, og det formidler de liten tro på. Flere uttrykker at det for mange er bedre å være innlagt sammen, men uten retningslinjene i Orkdalsmetoden, heller enn å være hjemme.

6.0 Diskusjon

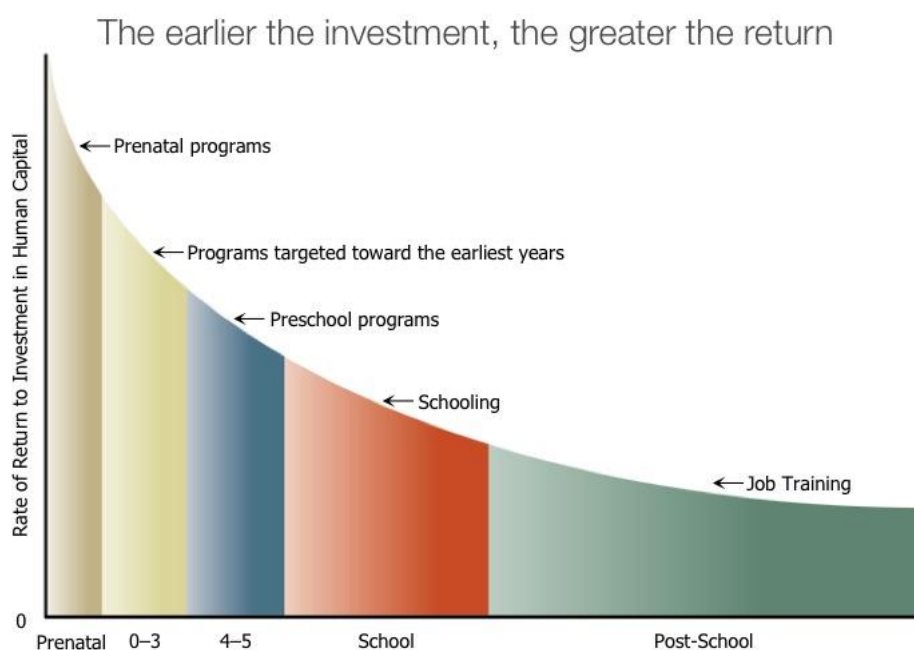
Redegjørelsen i kapittel 1 viser at kvinner med fødselsdepresjon har rett til helsehjelp og behandling, og deres barn har rett til oppfølging både som barn som pårørende, -men også på grunn av risiko for skjevutvikling der mors depresjon virker inn på samspillet med barnet. Helsehjelp kan gis kommunalt eller fra spesialisthelsetjenesten, eller i kombinasjon. Fokus i nasjonale retningslinjer er å fange opp om mor har fødselsdepresjon, og det er videre skissert at det skal settes inn en rekke tiltak hjemme for å avlaste mor, og for å støtte familiens kompetanse og selvfølelse. Behandling av depresjonen anbefales også. Folkehelsemeldinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019a) setter fokus på at en først og fremst skal forebygge sykdom, noe som også er fokus i Orkdalsmetoden der fokus er å behandle mors depresjon og å forebygge sykdom hos barnet.

Det er få retningslinjer for hva behandlingen skal inneholde dersom det avdekkes en fødselsdepresjon, og retningslinjene nevner ikke spesifikt oppfølging i forhold til samspill og foreldreveiledning, noe som er vesentlig dersom en legger forskning til grunn. Dette vil føre til at kvinner med fødselsdepresjon i mange tilfeller ikke får den behandling og oppfølging de burde ha, da det er prisgitt at de kommer i kontakt med helsepersonell som har kunnskap om hvilke behandlings- og støttetiltak en kvinne med fødselsdepresjon og hennes barn har behov for, og ressurser til å gjennomføre dem. Hvilke tilbud som finnes lokalt varierer også, da norske kommuner har stort sprik i både størrelse, geografi og prioritering av ressurser innad i kommunen. I de minste kommunene kan helsestasjonstilbudet bestå av helsesøster og/eller jordmor på deltid, og lokal psykiatritjeneste kan også bestå av en eller få personer. Det vil si at kommunen har det lovpålagte helsetilbudet, men det sier seg selv at dette i mange tilfeller vil svekke tilbudet en har mulighet til å gi lokalt til de som trenger ressurskrevende oppfølging. Avstand til lokal BUP og DPS vil også påvirke hvor tett tilbud en kan gi poliklinisk fra spesialisthelsetjenesten. Manglende retningslinjer for hva mor og barn har behov for dersom en fødselsdepresjon skulle oppstå, kan føre til at det er vanskelig å argumentere for eller gjøre hevd på ressurser som burde vært prioritert inn i disse familiene, både innad i helsetjenesten og opp imot politikere som prioriterer ressursene.

Spedbarn har ingen stemme som krever noe selv, og har heller ingen atferd som oppfattes som utenfor norm bortsett fra i ekstreme tilfeller. De minste barna er derfor i fare for ikke å få tiltak når det er behov, slik at skjevutvikling fanges opp først senere i form av sosioemosjonelle vansker, atferdsvansker, kognitive vansker, utrygg tilknytning og senere psykopatologi. I tiden der en fødselsdepresjon inntreffer er spedbarnets hjerne i voldsom utvikling, og denne utviklingen påvirkes av samspill med nære omsorgspersoner. Tiltak satt inn i denne perioden i et barns liv der det er fare for skjevutvikling, vil derfor virke positivt inn på barnets utvikling, og redusere risiko for skjevutvikling og senere psykopatologi. Det bør derfor komme tydelige retningslinjer på hva helsehjelp og behandling av mødre med fødselsdepresjon og deres barn bør inneholde, og samspillsveiledning og foreldreveiledning er for mange aktuelt i kombinasjon med depresjonsbehandling dersom en legger transaksjonsmodellen til grunn.

Et spesialisert tilbud som Orkdalsmetoden er dyrt å drifte. Men å sette inn forebyggende tiltak tidlig der det er risiko for skjevutvikling hos barn vil ifølge Doyle, Harmon, Heckman & Tremblay, (2009), lønne seg samfunnsøkonomisk på lang sikt. Heckmans modell (Heckmann, 2006) viser dette (figur 2).

EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT IS A SMART INVESTMENT



Source: James Heckman, Nobel Laureate in Economics

Figur 2

Heckmanns kurve viser at å investere i forebyggende program rettet mot svangerskap og de tre første leveårene til barnet har størst utbytte økonomisk i form av økt produktivitet og reduserte utgifter til sosiale ytelser (Doyle et al., 2009). For å snu en trend med en økning i psykiske lidelser må vi kanskje tenke og prioritere annerledes i helsevesenet og i andre deler av samfunnet enn det vi har gjort tidligere. utfordringen er at der en må prioritere ressurser mellom forebygging og behandling, taper ofte det første. På lang sikt vil det ikke lønne seg i forhold til befolkningens helsetilstand eller samfunnsøkonomisk, men i praksis er det vanskelig å prioritere ned behandling til de som har blitt syke for å forebygge utvikling av ny sykdom hos generasjonen som kommer etter. Knapphet på ressurser i helsevesenet, og manglende krav til hvordan forebygging skal foregå, kan føre til at en kommer på etterskudd med å sette inn ressurser og tiltak der det trengs for å forhindre utvikling av sykdom. At barn av mødre med en langvarig fødselsdepresjon er i risiko for å utvikle sosioemosjonelle vansker, atferdsvansker, kognitive vansker, utrygg tilknytning og senere psykopatologi er kjent (Grace et al., 2003), og det er også kjent hvordan en kan motvirke dette (Hansen & Opøien, 2010 ; Høvik et al. 2015; Nugent et

al., 2014; Torsteinson et al., 2010). Men det krever ressurser, og de er det ofte kamp om. En kan likevel spørre seg om en har råd til å la være å investere i ressurser til de minste barna, der en vet det nytter.

Dersom en mor har behov for døgninnleggelse i forbindelse med fødselsdepresjon, er det i Norge mest vanlig at mor og barn skilles fra hverandre. I spesialisthelsetjenesten finnes det ikke retningslinjer eller tilbud slik at mor og barn legges inn sammen, og en har ikke egne familieenheter i Norge slik en har valgt å opprette i en del andre land (Conellan et al, 2017). Tilknytningsprosessen mellom mor og barn blir da brutt, og mor har ofte lite kontakt med sitt barn under innleggelse. Dette kan påvirke både mor og barn negativt, og det kan ta lengre tid for mor å bli frisk og barnet er i risiko for skjevutvikling grunnet mors depresjon. Overgangen fra å være innlagt uten sitt barn, til å komme hjem igjen og skulle fungere i rollen som mor kan også tenkes å være brå og utfordrende. Orkdalsmetoden er utviklet med tanke på at en skal kombinere depresjonsbehandling og samspillsveiledning, og tilrettelegge miljøterapi i forhold til dette. Orkdalsmetoden er en måte å organisere helsehjelp til pasientgruppen innen de rammene som fins i eksisterende norsk helsesystem, men behandlingsmetoden fordrer samhandling, samarbeid, dedikert fagpersonell og ledelse som prioriterer pasientgruppen innen de rammene en har. Denne måten å samarbeide på følger offentlige retningslinjer om hvordan helsetjenester skal organisere seg for å gi et godt tilbud fremover, og det kan også sies at helsepersonell i Orkdalsmetoden har organisert seg i team rundt pasienten slik det er anbefalt i nasjonale retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet (2019b, s.7):

«Det må arbeides mer i tverrfaglige team, kompetanse må deles på tvers i hele helse- og omsorgstjenesten, ny kunnskap må tas raskere i bruk, innovative tjenestemodeller må utvikles og brukes, og teknologi må utnyttes i helse- og omsorgssektoren. Dette forutsetter god ledelse som planlegger strategisk for bemanning og kompetanseutvikling på kort, mellomlang og lang sikt.»

Erfaringene fra helsepersonell som har deltatt i Orkdalsmetoden viser at det i et slikt samarbeid er svært viktig å ha felles kunnskapsgrunnlag, der en har et felles uttalt kunnskapsideal for det en skal samarbeide om. For Orkdalsmetoden består dette idealet av at behandlingen skal fremstå med sammenheng og helhetsforståelse, samt at alle involverte skal dra lasset sammen mot et kjent, felles mål. Det er videre viktig at en har en god generell kunnskap om og forståelse av hva metoden bygger på, da fagpersonell som er trygge på sin kunnskap og rolle lettere klarer å gi god helsehjelp til mor og barn og å samarbeide godt med samarbeidspartnerne. Å ha felles forståelse, gjensidighetskunnskap, kunnskapsoverføring mellom fagpersonell og likeverd i samarbeidet trekkes også frem som viktig i samarbeidet i Orkdalsmetoden. Kunnskap om metoden og gode retningslinjer som følges, trekkes også frem som viktig for å kunne gi god, helhetlig behandling. Å samarbeide på tvers av enheter har en del utfordringer som kommer til syne gjennom diskusjonene i fokusgruppa. Strukturelle rammer som forskjellig journalsystem, ulik arbeidstid, deltidstillinger og travelhet virker inn på hvordan en har mulighet til å ha informasjonsflyt og treffpunkt nok til å få til det daglige samarbeidet i praksis. Å legge gode, felles planer og å planlegge treffpunkt, er en viktig

del av å få til å samarbeide på tvers av enheter, og god kommunikasjon mellom samarbeidspartene er nødvendig for å kunne gi god behandling. Rolleavklaring og tydelige ansvarsområder er også nødvendig for å få samarbeidsmodellen til å fungere. En må også felles evaluere om valgt behandlingstilnærming er den beste felles, slik at beslutninger som tas er basert på felles drøfting med fagpersonell som innehar tverrfaglig kompetanse.

Nødvendigheten av å ha tydelige, lokale retningslinjer for hvordan arbeid på tvers av enheten og nivå skal foregå fremkommer både i forskning (Vik, 2018) og i denne studien. Det kommer frem at Orkdalsmetoden fungerer best dersom utarbeidede retningslinjene følges. Det er også et funn i undersøkelsen at det ikke er utstrakt samarbeid mellom enhetene utover samarbeidet i metoden, til tross for at det felles kunnskapsgrunnlaget en har opparbeidet seg også er aktuelt hos flere felles saker enn de som kommer innunder Orkdalsmetoden. Det kan tyde på at det er nødvendig med retningslinjer i tillegg til kunnskap, dersom en skal samarbeide på tvers av enheter og nivå.

Mange av punktene som kommer frem i studien krever at samarbeidet i seg selv og utviklingen av gode retningslinjer blir vektlagt. Kompetanseheving og å gi god opplæring i modellen er også viktig. Dette krever at det settes av tid til fagutvikling og kompetanseheving, noe som kan være utfordrende i en travel hverdag der det er økt fokus på effektivitet, og det er stadig økte krav til dokumentasjon og registrering av all behandling. Å prioritere fagutvikling og å ha fokus på samarbeid i helsevesenet er noe som etter min erfaring ofte kan drukne i hverdagens krav til andre gjøremål som er direkte knyttet til pasientbehandling. Men å droppe fokus på fagutvikling og på samarbeidet i seg selv vil ha konsekvenser på lang sikt, da en ikke får optimal utnyttelse av verken kunnskap eller ressurser en har tilgjengelig, da dette utløses først dersom en klarer å planlegge og samarbeide. På hvilken måte en skal samarbeide i spesialisthelsetjenesten er lite skissert i retningslinjer, mens det mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har vært stort fokus på det samme. En kan under seg over hvilke planer som er lagt for at helsepersonell skal klare å utføre de oppgavene som skildres i Nasjonal sykehusplanen ift. samarbeid i team og kunnskapsflyt? Retningslinjene kan synes utfordrende opp mot arbeidstempo, der utviklingen er at færre skal gjøre mer jobb. Gode intensjoner ikke nok, en må ha tid og retningslinjer som fungerer i praksis også.

I arbeidet med Orkdalsmetoden og denne masteroppgaven har jeg erfart at skillet som er mellom barn og voksnes psykiske helse i form av både behandlingstilbud og utdanningssystem er rikkbart, og at det er engasjement og velvilje i forhold til å kunne utvikle et bedre tilbud til denne pasientgruppen. NTNU har i sine utdanningsløp skille mellom barn- og unges psykiske helse og psykisk helse voksen, med dertil fordypningemner innenfor masteren en har valgt å ta. Jeg har likevel fått godkjent emner fra tilknytning, samspill og omsorgsevne, med begrunnelsen at dette er relevant for å kunne forstå pasientgruppen jeg velger å skrive oppgaven om. Min opparbeidelse av kompetanse på sammenhengen mellom voksne og barns psykiske helse var derfor mulig å oppnå, til tross for at utdanningssystemene er delt. Engasjementet og velvilje fra DPS-

og BUP-systemet har også vært stort, og det blir frigitt ressurser til å delta i behandlingsopplegget uten ventetid – noe som tyder på høy prioritering både på behandler- og ledelsesnivå også ute i praksisfeltet. Funnene i studien viser at å ha Orkdalsmetoden inkludert i en allmennpsykiatrisk avdeling og som en del av det polikliniske tilbudet BUP gir, kan føre til at en må prioritere hvem som har mest behov for oppfølging i hverdagen. Dette sees på som et ressurssspørsmål, samtidig som et prioritetspørsmål. Å ha tilstrekkelig ressurser til å utføre god pasientbehandling er et ledelsesansvar, og til dels et politisk ansvar med at det gis bevilgninger som står i samsvar med den politiske og faglige oppgaven som er gitt.

Hensikten med studien har hele veien vært å kvalitetssikre Orkdalsmetoden, og å videreutvikle metoden slik at den skal kunne gi helhetlig, god behandling for mødre med fødselsdepresjon og deres barn. Jeg mener derfor at de funnene jeg har i studien er relevante og delvis valide i den videre utviklingen av metoden. Funnene kan også være av interesse for andre tjenester som skal samarbeide på tvers av tjenestenivå, eller utvikle et lignende tilbud for mødre med fødselsdepresjon.

I forhold til gjennomføringen av studien, ser jeg både fordeler og ulemper ved å gjennomføre undersøkelsen i 2 små grupper fremfor en middels stor gruppe. Begge gruppene var i intervjuene opptatt av samarbeidet mellom behandlerleddet og miljøterapeutleddet. Jeg ser i ettertid at dersom intervjuet hadde blitt foretatt i samla gruppe, hadde en kanskje fått belyst og pratet om de samme opplevelsene fra både behandlerperspektivet og miljøterapeutperspektivet på en sånn måte at mer relevant data hadde kommet frem. Samtidig var fokusgruppene, etter min mening, preget av åpenhet og trygghet i situasjonen. Alle fremsto aktivt deltakende i intervjuet, og delte sine opplevelser rundt samarbeid i Orkdalsmetoden. Økt antall deltakere kunne igjen hindret noe av dette.

7.0 Avsluttende kommentar

Gjennom denne masteroppgaven er døgnbehandling til mødre med fødselsdepresjon, slik den er utarbeidet ved Orkdal DPS og BUP Orkdal, beskrevet på grunnlag av aktuell teoretisk referanseramme og forskning. Fokus i oppgaven er å ha helhetsfokus på mor og barn dersom en fødselsdepresjon skulle inntreffe, og hvordan dette kan ivaretaes under en døgninnleggelse i psykisk helsevern. Med fokus på erfaringer på samarbeid blant fagpersonell som har samarbeidet i metoden, er det satt fokus på hvordan metoden kan videreutvikles til beste for pasientgruppa. Beskrivelsen av hvordan samarbeidet er etablert og gjennomført i praksis under eksisterende rammer i psykisk helsevern, kan forhåpentligvis være til inspirasjon og hjelp til andre som lurer på hvordan døgninnleggelse til pasientgruppa kan gjennomføres slik at depresjonsbehandling og omsorg, samspill og tilknytning til barnet samtidig blir ivaretatt. Det hadde videre vært interessant å undersøke hvordan pasientene og pårørende opplever denne behandlingstilnærmingen, og om en oppnår ønsket effekt i form av redusert lengde på depresjon til mor samt at skjevutvikling forebygges. En samarbeidsmodell mellom DPS og BUP som kan utføres poliklinisk hadde også være en interessant videreutvikling av prosjektet.

Kilder

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ, Erlbaum

Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: A metasyntesis. *Qualitative Health Research*, Vol12, NO4, 453–472. <https://doi.org/10.1177%2F104973202129120016>

Berg, Nielsen, Turid Suzanne (2010). Følsom, formbar og uferdig- epigenetikk, utvikling av hjernen og stressbarhet. I: Bedring, E., Frønes, I. og Sørli, M (red.) *Sårbare unge. Nye perspektiver og tilnærminger*, s.75-83. Oslo: Gyldendal.

Berg-Olstad, I., Klette, T., (2019). Helsepsykeleieres vurderinger av tidlig samspill mellom spedbarn og foreldre. *Sykepleien Forskning 2019;14(78531):(e-78531)*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.78531>

Brandt, A.E. og Grenvik, T.H. (2010). *Med barnet i sentrum – nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget.

Bratrud, T.L. & Granerud, A.(2011). Sammen om gode overganger. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2011(03), pp.206-216. Hentet 25.04.20 fra: <https://www.idunn.no/tph/2011/03/art08>

Clarke, A.M. & Clarke, A.D.B. (1976). The formative years? I: Clarke, A.M. & Clarke, A.D.B. (red.) *Early experience: Myth and evidence*. New York, The Free Press

Connellan, K., Bartholomaeus, C., Due, C. & Riggs, D.W (2017). A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Archives of Womens Mental Health* 20:373-388. DOI 10.1007/s00737-017-0178-9

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal deression. Development of the10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 01.04.20 fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

Direktoratet for e-helse (2020). *ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet 15.04.20 fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

Doyle, O, Harmon, C, Heckman, J, & Tremblay, R. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology*, 7 (1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2009.01.002>

Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K. Samuelsen, S. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 105, 426-433. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x>

Eberhard- Gran, M., Slinning, K. & Rognerud, M (2014). Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. *Tidsskr Nor Legeforen nr. 3, 2014; 134: 297 – 301*. Doi: 10.4045/tidsskr.13.0068

Eberhard-Gran, M. , (2018). "Nyfødte barn og sårbare mødre" i *Tidsskriftet den Norske legeforening* 2018. doi: 10.4045/tidsskr.18.0878

Eberhard-Gran, M., (2019). Vi trenger forskningsbasert kunnskap om barselomsorgen. *Tidsskriftet den Norske legeforening*. Hentet 15.04.20 fra: <https://tidsskriftet.no/2019/01/kommentar/vi-trenger-forskningsbasert-kunnskap-om-barselomsorgen>

Ellingsen, K.E. (2014) Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn. I Ellingsen, K.E. (red). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 23 – 45). Oslo: Universitetsforlaget.

Elstad, T.A., Steen, T.K. og Larsen, G.E. (2013). Samhandling mellom et distriktpsikiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid 04/2013 vol. 10*. Hentet 15.04.20 fra https://www.idunn.no/tph/2013/04/samhandling_mellom_et_distriktpsikiatrisk_senter_og_kommu

Field, T. (2009). Postpartum depression effects on early interactions, parenting and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development* 33 (2010) 1-6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005

Fladberg, K.L. (2018). Psykiske plager etter fødsel nær dobet på 15 år. I_ Dagsavisen 27.02.28. <https://www.dagsavisen.no/nyheter/innenriks/psykiske-plager-etter-fodsel-ner-doblet-pa-15-ar-1.1107064>

Folkehelseinstituttet (2018). «Tid fra fødsel til hjemreise redusert med et halvt døgn på ti år» Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/tid-fra-fodsel-til-hjemreise-reduert-med-et-halvt-dogn-pa-ti-ar/>

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalisation and the development of the self*. New York: Other Press.

Forman, D.R., O`Hara M.W., Stuart, S., Gorman, L.L., Larsen, K.E. og Coy, K.C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Development and psychopathology*, 19(2): 585-602
<https://doi.org/10.1017/S0954579407070289>

Gillham, R. & Wittkowski, A. (2015). Outcomes for women admitted to a mother and baby unit: a systematic review. *International Journal of Womens Health*, 7, 459-476. doi: 10.2147/ijwh.s69472

Goodman, S., Garber, J., (2017). Evidence-Based Interventions for Depressed Mothers and Their Young Children. *Child Development*, March/April 2017, Volume 88, Number 2, Pages 368–377. doi: 10.1111/cdev.12732

Goodman, S.H., Rouse, M.H., Connel, A.M., Broth, M.R., Hall, C.M. & Heyward, D., (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* (2011) 14:1–27. doi: 10.1007/s10567-010-0080-1

Grace, S.L., Evindar, A. & Stewart, D.E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behaviour: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women`s Mental Health* (6), 263-274. doi: 10.1007/s00737-003-0024-6

Grut, L. (2007). *Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid*. Oslo: SINTEF Helse.

Hagen J., Knizek B.L., Hjelmeland H. (2018). Former suicidal patients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative*

Studies on Health and Well-Being, 13:
1461514. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>

Hansen, M.B. og Onsjøen, R., (2010). Videofeedback til foreldre med sped- og småbarn. I: Moe, V., Slinning, K., og Hansen, M.B. (red), (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* s. 758-769. Oslo: Gyldendal.

Heckman, J (2006). Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science Vol. 312, Issue 5782, pp. 1900-1902*. doi: 10.1126/science.1128898

Helsedirektoratet (2008). "Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge" IS 1570. Hentet 01.02.20 fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/829f53aa-0b66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59e25e43dc7623f1b5940aff644ae83eb6a/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf

Helsedirektoratet (2009). "Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten" IS-15-1561 Hentet 01.02.20 fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. IS 2076. Hentet 01.02.20 fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet (2017). *Pårørendeveilederen*. Hentet 01.05.20 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsedirektoratet (2019). *Pakkeforløp- psykiske lidelser voksne*. Hentet 01.02.20 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>

Helse- og omsorgsdepartementet (2019a). St. Meld 19 "Folkehelsemeldinga" Hentet 01.02.20 fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nno/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2019b). St.Meld. 7 (2019-2020) "Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023." Hentet 15.04.20 fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>

Helse- og omsorgsdepartementet (2019c). Prop. 121 S (2018–2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)* Hentet 02.05.20 fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (1999). Hentet 02.05.20 fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsinkideklarasjonen, (2013) .Hentet 15.04.20 fra:
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>

Huang, L., Zhao, Y., Qiang, C., Fan, B., (2018). Is cognitive behavioral therapy a better choice for women with postnatal depression? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 13(10): e0205243. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205243>

Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S. D., (1999). *The Heart & soul of change : what works in therapy*. American Psychological Association. Wahington

Høivik, M.S. (2017). *Early parent-child interaction problems in primary health care: screening, video-intervention and parental psychopathology*. (Doktoravhandling). Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Trondheim.

Høivik, M.S., Lydersen, S., Drugli, M.B., Onsøien, R., Hansen, M.B. og Berg-Nielsen, T.S., (2015). Video-feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interaction problems: a randomized controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(3). doi: 10.1186/s13034-015-0036-9

Korstjenst, I. og Moser, A. (2017). Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of general practise Vol.23 NO1*, 274-279. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Landsforeningen 1001 dager (2020). Hentet 20.04.20 fra <https://www.landsforeningen1001dager.no/om-oss/>

Langvik, E., Håberg, C.H. og Storholt, H.H. (2020).Rutinemessig kartlegging av fødselsdepresjon setter psykisk helse på dagsordenen. *Sykepleien Forskning 2020;15(81060):(e-81060)*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.81060>

Larsen, E. (2018). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Lillevik, O.G. og Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien 2015;103(5):(60 62)*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2015.54066>

Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O`Hare, E. & Neumann, (2000). Depression and parenting behaviour: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, Vol. 20, No. 5, pp. 561–592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)

Main, M. (1958). Mothers with children in psychiatric hospital. *The Lancet*, 272(7051), 845-847. doi: 10.1016/s0140-6736(58)90393-3

Main, M. & Solomon, J. (1986): Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. I: Brazelton, T.B., Yogman, M.W. (red), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ, Ablex

Malterud, K. (2012). *Fokusgruppe som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring 3.utg*. Oslo: Universitetsforlaget.

McCrary, E., Brito, S.A., Viding, E., (2010). Research review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and psychiatry* 51:10(2010), pp1079-1095. Doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x

Moe, V., Slinning, K., og Hansen, M.B. (red), (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal.

Moser, A., og Korstjens, (2018). Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of general practise* Vol.24 NO1, 9-18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

Mørk, B. E., Aanestad, M., & Hoholm, T. (2013). Tverrfaglig samhandling : en praksisbasert studie av utvikling og implementering av nye praksiser i sykehus. I A. Tjora & M. Line (red.), *Samhandling for Helse* (s. 258–279). Oslo: Gyldendal akademisk.

Noorlander, Y., Bergink, V., Van den Berg, M.P. (2008). Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 2008, Vol.11(1), pp.49-56. doi: 10.1007/s00737-008-0217-0

Norsk sykepleierforbund(2018). NSF' s kommentarutgave Tariffperioden 1. mai 2018 til 30. april 2020- OVERENSKOMST MELLOM SPEKTER OG NSF. Hentet 20.04.20 fra: <https://www.nsf.no/Content/4170581/seefile>

Nugent, J. K., Keefer, C. H., Minear, S., Johnson, L. C., & Blanchard, Y. (2007). *Understanding newborn behavior and early relationships: The Newborn Behavioral Observations (NBO) system handbook*. Paul H Brookes Publishing.

Nugent, J.K., Bartlett, J.D., & Valim, C. (2014). "Effects of an Infant-Focused Relationship-Based Hospital and Home Visiting Intervention on Reducing Symptoms of Postpartum Maternal Depression. *Infants & Young Children* 27 (4): 292–304. doi:10.1097/iyc.0000000000000017.

Olkowska, A. og Landmark, Bent (red.) (2016). *Miljøterapi – prinsipper, perspektiver og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget.

O`Hara, M., Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a metaanalysis. *International Review of Psychiatry: The Causes of Depression*, 01 January 1996, Vol.8(1), pp.37-54 . doi: 10.3109/09540269609037816

Ose, S. O., Kaspersen, S. L. , Ådnanes, M. , Lassemo, E. ,Kalseth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. SINTEF. Hentet 15.04.20 fra <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2578749>

Paris, R., Bolton, R. Og Speilman, E. (2011). Evaluating a home-based dyadic intervention: Changes in postpartum depression, maternal perception, and mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, Vol32(3), 319-338. doi: 10.1002/imhj.20299

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 01.05.20 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, P.B. og Kolstad A. (2009): De- institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian Health institutions 1950-2007. *International Journal of Mental Health Systems* 2009,3:28 doi: 10.1186/1752-4458-3-28

Psykisk Helsevernlov (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet 01.05.20 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Rasmussen, P.D. & Storebø, O.J (2020). Attachment and Epigenetics: A Scoping Review of Recent Research and Current Knowledge. *Psychological reports*. <https://doi.org/10.1177%2F0033294120901846>

Robertson, E. Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*. Vol.26/4 p.289- 295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>

Sameroff, A. & Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking causality. I: Horowitz, S., Hetherington, S., Scarr-Salapatek & Siegel, G. (red.) *Review of child development research*. Bd.4 s. 187-244. Chicago: University of Chicago Press.

Slinning, K og Eberhard-Gran, M. (2010). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I: Moe, V., Slinning, K., og Hansen, M.B. (red), (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal

Slinning, K., Holme, H. og Valla, L (2012). Svangerskapsomsorg og forebygging av depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 49, nummer 1, 2012, side 69-73.

Hentet 15.04.20 fra <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2012/01/svangerskapsomsorg-og-forebygging-av-depresjon>

Sockol, L.E., 2015. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, vol 177, p. 7-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.052>

Solbjør, M. og Kleiven, H.H. (2013). *Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling*. Rapport nr 3/2013. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Trondheim.

Smith, L. (2002). *Tilknytning og barns utvikling*. Høyskoleforlaget, Kristiansand

Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I: Moe, V., Slinning, K., og Hansen, M.B. (red), (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal.

Sroufe, L.A. (1995). *Emotional Development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.

Statistisk sentralbyrå (2019). *Fødte*. Hentet 01.05.20 fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar>

Target, M. & Fonagy, P. (1996). Playing with reality. II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis* 77, s. 459–479.

Torsteinson, S., Brandtzæg, I. & Powell, B., (2010). Circle of Security som forebyggende intervensjon i spesialisthelsetjenesten. I : Moe, V., Slinning, K., og Hansen, M.B. (red), (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal.

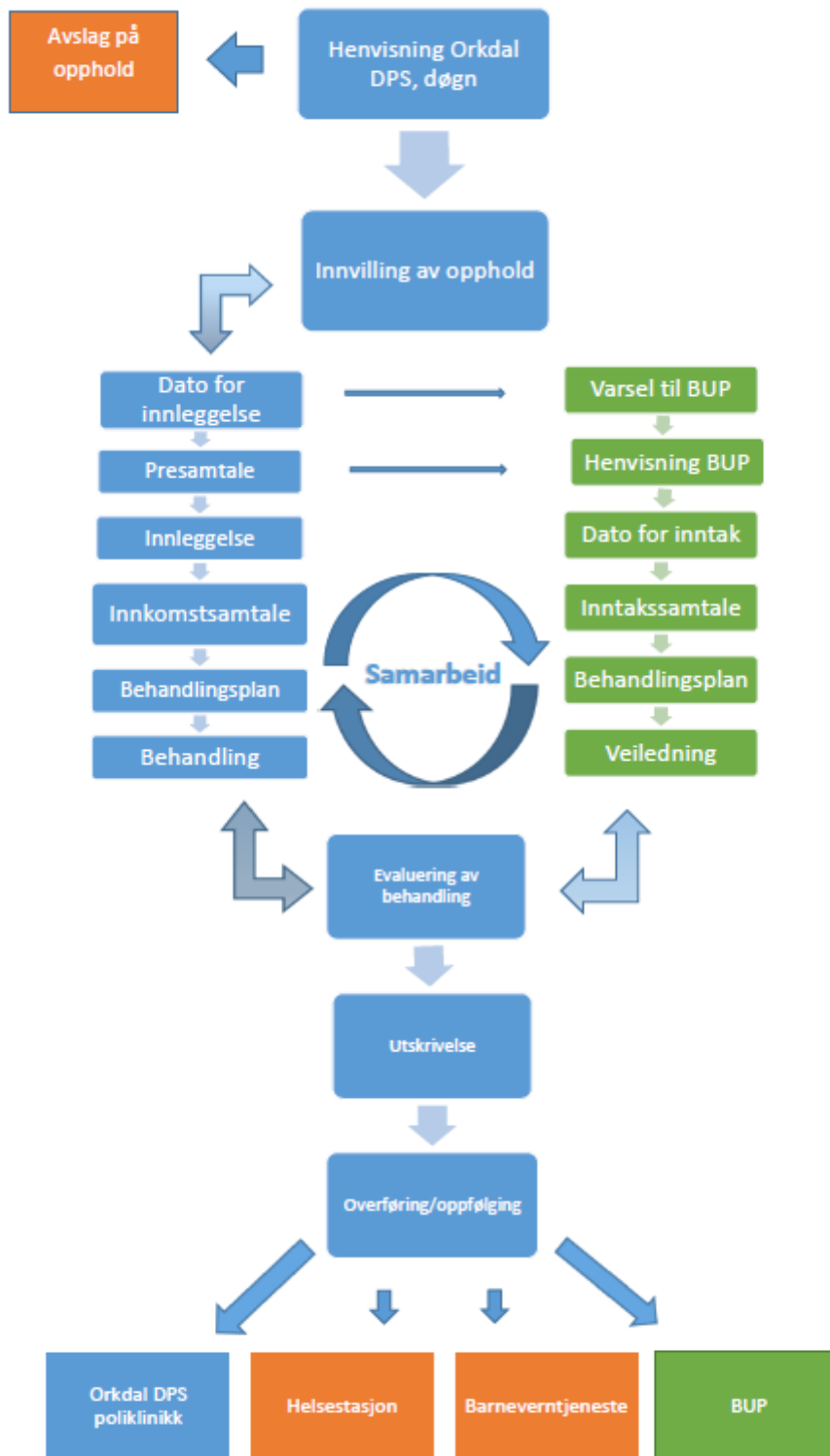
Tracy, S. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry* 16 (10) 837-851. doi: 10.1177/1077800410383121. SAGE

Tøndel, G. & Ose, S.O. (2014). *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*. SINTEF- Teknologi og samfunn. Hentet 15.04.20 fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2500503>

Vik, Erlend (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, nr. 2 2018, s.119- 147. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03

Zachrisson, H.D. (2010). Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. I: Moe, V., Slinning, K., og Hansen, M.B. (red), (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* s. 285-302. Oslo: Gyldendal.

Vedlegg 1 Flytskjema Orkdalsmetoden



Intervjuguide

Innledning:

- Informantene blir informert om temaet og bakgrunn for samtalen.
- Det blir også informert om hva intervjuet skal brukes til, taushetsplikt og anonymitet. Informanten blir informert om muligheten til å trekke seg fra intervjuet til enhver tid uten begrunnelse.
- Informasjon og tillatelse til å bruke lydopptak, samt informasjon om at lydopptaket vil bli destruert etter at det er transkribert. Full anonymitet vil bli opprettholdt.
- Det blir åpnet opp for spørsmål fra informantene.

Start:

- Kort presentasjon av fokusgruppa (arbeidssted, yrke, arbeidserfaring)

Hovedspørsmål:

«Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?» Orkdalsmetoden:

- Hvordan sikres samarbeidet mellom BUP/DPS i prosjektet? Eksempel? Eksempel der det ikke er sikret?
- Hva er godt samarbeid?

- Hvilke erfaringer har dere med samarbeid med det mål å oppnå helhetlig behandling i Orkdalsmetoden? Konkrete eksempel på godt/mindre godt samarbeid? Hvordan opplevde den andre part (BUP/DPS) det samme eksempelet?
- Opplever dere at det samarbeides slik at Orkdalsmetoden oppleves som helhetlig? Fått tilbakemelding fra pasient? Konkrete eksempel?
- Har samarbeid på tvers av nivå ført til noen endring på deres arbeidssted på annen måte enn for pasienter som er inne i prosjektet? Konkrete eksempel?
- Hva er dine erfaringer med å samarbeide rundt felles pasienter i Orkdalsmetoden?
- Fordel med samarbeid i metoden? Konkrete eksempel?
- Ulemper ved samarbeid i metoden? Konkrete eksempel?
- Synspunkt på hvordan en kan samarbeide bedre?

Generelt:

- Hvilke synspunkt har dere rundt fødselsdeprimerte mødre og helhetlig behandling?
- Hva er deres erfaringer med å samarbeide med DPS/BUP der dette kan være naturlig for å kunne gi helhetlig behandling (ikke Orkdalsmetoden)? Konkrete eksempel.

Avslutning:

- Har noen synspunkt og/eller erfaringer som ikke har kommet frem hittil i intervjuet og som er av betydning for problemstillingen «Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?»
- Nå er vi ferdig med intervjuet og jeg vil avslutte opptaket. Om det skulle være noe er det bare å ta kontakt. Skulle være noe, er det greit å ta kontakt i ettertid? Tusen takk for at du stilte opp.



Region:
REK sør-øst D

Saksbehandler:
Silje U. Lauvrak

Telefon:
22845520

Vår dato:
15.11.2019

Vår referanse:
42932

Deres referanse:

Birthe Loa Knizek

42932 Døgnbehandling av mødre med fødselsdepresjon - innleggelse med barn og partner. Samarbeidsprosjekt mellom Orkdal DPS og BUP Orkdal

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Birthe Loa Knizek

Søkers beskrivelse av formål:

Tema for oppgaven er døgnbehandling til mødre med fødselsdepresjon, innleggelse med barn og partner. Depresjonsbehandling og samtidig foreldreveiledning/samspillsveiledning gis med den hensikt at mor får reduksjon i depresjonssymptomer, samtidig som at en forebygger skjevutvikling hos barnet. Hensikten med prosjektet er å kvalitetssikre behandlingsopplegget som er utarbeidet ved Orkdal DPS i samarbeid med BUP Orkdal, som tilbys mødre med fødselsdepresjon med behov for døgninnleggelse. Man ønsker å innhente erfaringer fra fagpersonell som har vært tilknyttet prosjektet, med fokus på samarbeidet mellom to ulike enheter/fagområder for å sikre god, helhetlig behandling for pasientgruppen. Følgende problemstilling er valgt: «Orkdalsmetoden – hvilke synspunkt og erfaringer har fagpersonell tilknyttet prosjektet med å sikre godt samarbeid med det mål å gi god helhetlig behandling til pasientgruppen?»

REKs vurdering

Formålet med prosjektet er å innhente erfaringer fra fagpersonell som har vært tilknyttet behandlingsopplegget som gis til mødre med fødselsdepresjon og som har behov for døgninnleggelse. Fokuset er på hvordan samarbeidet har vært mellom to ulike enheter/fagområder, og komiteen vurderer at prosjektet ikke vil gi ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern samt innhenting av stedlige godkjenninger.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a). Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Silje U. Lauvrak
Seniorrådgiver

Kopi: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet ved øverste administrative ledelse:
postmottak@adm.ntnu.no

- **NSD Personvern**

16.01.2020 08:32

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 593334 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.01.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2020.

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon

(art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen

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

• S

Solveig Ovesen Sund

15.01.2020 14:39

Oppdatert meldeskjema er innsendt, og redigert infoskriv er lastet opp. I forhold til at helsepersonell har taushetsplikt, og hva dette innebærer (jf. tilbakemelding fra NSD), skal dette opplyses om i starten av fokusgruppe, og evt. gjentaes ved behov underveis i intervjuet. Mvh, Solveig Ovesen Sund

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Orkdalsmetoden -kvalitetssikringsprosjekt.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å kvalitetssikre behandlingsopplegget som er utarbeidet ved Orkdal DPS i samarbeid med BUP Orkdal, som tilbys mødre med fødselsdepresjon med behov for døgninnleggelse; Orkdalsmetoden.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet skal gjennom fokusgruppeintervju med fagpersonell kvalitetssikre behandlingstilbudet som tilbys gjennom «Orkdalsmetoden». Du er valgt ut til intervju da du har vært involvert i prosjektet som fagpersonell. Intervjuet vil ta 30 – 60 minutter. Intervjuet kan avbrytes til enhver tid dersom du som informant ønsker det. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, for deretter å bli transkribert og analysert av masterstudent Solveig Ovesen Sund.

Opplysningene vil bli brukt i en masteroppgave ved NTNU. Prosjektet avsluttes i 2020.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Du har gjennom deltakelse i prosjektet mulighet til å komme med dine erfaringer og din mening om samarbeid mellom DPS og BUP i «Orkdalsmetoden», for derigjennom å ha mulighet til å påvirke videre utvikling av behandlingstilnærmingen. Dersom du skulle oppleve ubehag i etterkant av intervju, vil du få mulighet til å kontakte intervjuer eller annen kontaktperson ved Orkdal DPS.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Solveig Ovesen Sund på mail: solveig.ovesen@stolav.no, eller tlf: 72829800

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Opplysningene om deg er tilgjengelig for prosjektleder Birthe L. Knizek og masterstudent Solveig Ovesen Sund. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Data blir slettet etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig NTNU og prosjektleder Birthe Loa Knizek et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Solveig Ovesen Sund, epost: solveig.ovesen@stolav.no tlf: 72829800.

Øvrig kontaktinfo: Prosjektleder Birthe Loa Knizek; birthe.l.knizek@ntnu.no

Page Break

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

