

Hanne Ljøkjell Hamstad

«Jeg ser at det er veldig fint å jobbe sammen»:

En kvalitativ studie om tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten

Hovedoppgave i Psykologi

Veileder: Anne Iversen

April 2019

«Jeg ser at det er veldig fint å jobbe sammen»:
En kvalitativ studie om tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenesten

Hanne Ljøkjell Hamstad
Hovedoppgave ved profesjonsstudiet i psykologi
PSYPRO4700

Veileder: Anne Iversen

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Trondheim, april 2019

Forord

Denne oppgaven er et resultat av en lærerik og spennende prosess. Under veiledning har undertegnede hatt ansvar for alle steg i forskningsprosessen; utarbeidelse av forskningsspørsmål, datainnsamling, transkribering og analysering av datamaterialet. Det har tidvis vært et utfordrende arbeid, men også en svært lærerik prosess.

Jeg vil takke mine informanter som stilte opp til intervjuer med meg. Deres meddelelser har vært av avgjørende betydning for denne oppgaven. Gjennom disse intervjuene har jeg fått verdifulle og lærerike innblikk i deres perspektiver og erfaringer. Arbeidet med hovedoppgaven har gitt meg økt forståelse for de mange faktorer som innvirker på tverrfaglige samarbeid, noe som jeg vil ta med meg videre når jeg nå skal ut i arbeidslivet som psykolog.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder, Anne Iversen. Din veiledning og støtte har vært av stor betydning for at jeg har lyktes med å komme i mål med denne prosessen som hovedoppgaven har vært. Jeg vil også takke min mann for tålmodighet og støtte i denne tiden. Til sist vil jeg også takke min datter, som har bidratt med avkobling på hjemmebane.

Hanne Ljøkjell Hamstad
Trondheim, april 2019

Sammendrag

Det overordnede målet med denne studien var å utforske samarbeidspraksiser mellom psykologer og helsesykepleiere i skolehelsetjenesten på barneskoler i Trondheim kommune. Seks helsesykepleiere ble intervjuet om deres erfaringer med å samarbeide med kommunepsykologer. Intervjuene resulterte i et rikt datamateriale, som ble analysert ved å følge Braun og Clarkes (2006) retningslinjer for utføring av en tematisk analyse. Følgende tre forskningsspørsmål utgjorde grunnlaget for analysen: «*Hvordan samarbeider helsesykepleiere i skolehelsetjenesten med kommunepsykologer?*», «*Hvordan beskriver helsesykepleierne betydningen av sine samarbeidspraksiser?*», og «*Hvordan forklarer helsesykepleierne sin egen samarbeidspraksis?*». På første forskningsspørsmål ble det funnet to tema. Disse var Samarbeid om enkeltbarn og familier og Varierende omfang av samarbeid. På andre forskningsspørsmål ble det funnet fire tema: Tverrfaglighet, Kompetanseheving, Helsesykepleierens trygghet, og Effektivitet. Analysen antydte videre at helsesykepleierne hadde ulike forståelser av sine samarbeidspraksiser. Temaene som ble funnet for tredje forskningsspørsmål var Ressursknapphet, Psykologens ansettelsessted, Formelt inkludert fagpersonell i skolehelsetjenesten, Treffpunkt, Synlighet for hverandre, og Henvisningspraksis.

Funnene diskuteres i lys av San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, og Ferrada-Videla (2005) sin redegjørelse av hvordan man kan lykkes med tverrfaglige samarbeid, samt Wrzesniewski og Duttons (2001) teori om Job crafting. Det ser ut til at både organisatoriske og relasjonelle faktorer bidrar til å forme innholdet og omfanget av helsesykepleiernes samarbeidspraksiser med psykologer i kommunen. I tillegg tyder funnene på at det er variasjon i samarbeidspraksiser, også utover det som kan forklares av organisatoriske faktorer. Dette tyder på at helsesykepleierne job crafter. Dette kan forstås som at helsesykepleierne innehar en portvokterfunksjon, som innebærer at de har en aktiv rolle i å forme innholdet og omfanget av samarbeid med psykologer. Videre tyder funnene på en trinnvis bruk av psykologkompetansen, som følge av ressursknapphet. Dette kan ha implikasjoner for hva de samarbeider om.

Målet med denne studien er å bidra til økt kunnskap om samarbeidspraksiser i skolehelsetjenesten, noe som kan bidra til at ansatte og organisasjoner kan ta bevisste valg for å skape hensiktsmessige samarbeidspraksiser i sin arbeidshverdag. Det har også vært et mål å øke bevisstheten hos helsepersonell om mulighetene til aktivt å påvirke innholdet i sin egen arbeidshverdag. Dette skaper trivsel for den ansatte, hensiktsmessig ressursbruk, og ikke minst vil dette også komme brukerne av helsetjenestene til gode.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
Innledning	6
Formål med studien og forskningsspørsmål	10
Teori	11
Hva hemmer og fremmer samarbeid?	11
Systemiske faktorer	12
Organisatoriske faktorer	13
Relasjonelle faktorer	14
Teorien om job crafting	15
Metode	20
Valg av metode og begrunnelse for metodevalg	20
Forberedelse og gjennomføring av intervjuene	21
Godkjenning av prosjekt	21
Informanter	21
Rekruttering	21
Utvalg	22
Intervjuguide	23
Etiske refleksjoner	24
Informert samtykke	24
Anonymitet og konfidensialitet	25
Datainnsamlingen	26
Transkribering	26
Tematisk analyse	27
Epistemologisk og teoretisk forankring	28
Gjennomføring av analysen	28
<i>Fase 1: Bli kjent med data</i>	28
<i>Fase 2: Innledende koding</i>	29
<i>Fase 3: Søk etter temaer</i>	29
<i>Fase 4: Gjennomgang av temaer</i>	30
<i>Fase 5: Definere essensen av tema</i>	30
<i>Fase 6: Ferdigstilling av resultater i rapport</i>	30
Resultater	32
Hvordan samarbeider helsesykepleiere i skolehelsetjenesten med kommunepsykologer?	32
Samarbeid om enkeltbarn og familier	32
Varierende omfang av samarbeid	35
Hvordan beskriver helsesykepleierne betydningen av sine samarbeidspraksiser? ..	36
Tverrfaglighet	36
Kompetanseheving	38
Helsesykepleiers trygghet	38
Effektiv ressursutnyttelse	39
Hvordan forklarer helsesykepleierne sin egen samarbeidspraksis?.....	40

Ressursknapphet	41
Psykologens ansettelsessted	42
Formelt inkludert fagpersonell i skolehelsetjenesten	43
Treffpunkt	43
Synlighet for hverandre	44
Henvisningspraksis	45
Diskusjon	48
Hvordan påvirker organisatoriske faktorer samarbeidspraksisene?	48
Hvordan påvirker relasjonelle faktorer samarbeidspraksisene?	50
Hvordan bidrar teorien om job crafting til å forklare varierte samarbeidspraksiser?	51
Helsesykepleieren som portvokter.....	52
Trinnvis psykologbruk	53
Kritisk vurdering	54
Oppsummerende konklusjon	57
Referanseliste	59
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	63
Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD	66
Vedlegg 3: REK	68
Vedlegg 4: Godkjenning fra Trondheim kommune	69
Vedlegg 5: Intervjuguide	70

Innledning

I denne studien utforskes tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell i skolehelsetjenesten i Trondheim kommune. Dette har blitt gjort gjennom å undersøke hvordan helsesykepleiere reflekterer omkring sine samarbeidserfaringer med kommunepsykologer. Jeg gjennomførte intervjuer med helsesykepleiere i skolehelsetjenesten i Trondheim kommune, og transkriptene fra disse intervjuene utgjør datamaterialet i denne studien. Med utgangspunkt i disse refleksjonene er formålet med studien å belyse hvorfor samarbeidspraksiser varierer, på tross av at helsesykepleierne er ansatt med det samme mandatet og under samme lovverk. Dette ses i lys av en review-studie av hva som bidrar til vellykkede tverrfaglige samarbeid (San Martín-Rodríguez et al., 2005), samt teorien om Job crafting (Wrzesniewski & Dutton, 2001).

Som helsepersonell forholder man seg ofte til ulike former for tverrfaglige samarbeid. Dette er en prosess der ansatte med ulik fagbakgrunn jobber sammen for å skape positive utfall i helsetjenester, og består av forhandling og interaksjon mellom fagpersoner som verdsetter den ekspertisen som et variert personell tilfører (Zwarenstein, Goldman & Reeves, 2009; Reeves, Pelone, Harrison, Goldman & Zwarenstein, 2017). Denne måten å jobbe på har i de senere år fått økende oppmerksomhet i litteratur og i forskning (Lauvås & Lauvås, 2004; San Martín-Rodríguez et al., 2005; Reeves et al., 2017). En årsak til den økte oppmerksomheten er at velfungerende samarbeid antas å forbedre kvaliteten på helsetjenestene (Reeves et al., 2017; van Leijen-Zeelenberg et al., 2015). Mer spesifikt omtales ofte tverrfaglige samarbeid som en tidseffektiv, kostnadseffektiv og formålstjenlig måte å tilby helsetjenester på (San Martín-Rodríguez et al., 2005; Lauvås & Lauvås, 2004; Helsedirektoratet, 2017; World Health Organization, 2010), og mange vil også hevde at denne måten å jobbe på er helt nødvendig i et stadig mer komplekst samfunn hva både kunnskap og arbeidsmetoder gjelder (San Martín-Rodríguez et al., 2005; Lauvås & Lauvås, 2004; Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018). Denne påstanden støttes også av Verdens helseorganisasjon (World Health Organization, 2010), som har uttalt at et sterkt, fleksibelt og tverrfaglig samarbeid er en av de mest hensiktsmessige måtene å jobbe på for å ta tak i sammensatte helseutfordringer og skape positive helsegevinster i befolkningen. Organisasjonen har videre pekt på at samarbeidspraksiser maksimerer helsearbeideres styrker og ferdigheter, noe som innebærer at man gjennom å samarbeide kan utnytte den enkeltes arbeidskapasitet best mulig. Dette er særlig vesentlig som følge av at helsefaglig arbeidskraft på verdensbasis er mangelvare (World Health Organization, 2010). Det å ha gode tverrfaglige samarbeidspraksiser er altså først og fremst viktig for å kunne gjøre bestemte oppgaver, i

tillegg til at det er et spørsmål om effektiv ressursutnytting (Lauvås & Lauvås, 2004). En velfungerende samarbeidspraksis bidrar dessuten til et godt arbeidsmiljø for de ansatte (Lauvås & Lauvås, 2004).

Også empiriske studier har vist at velfungerende tverrfaglige samarbeid i helsetjenester kan ha mange positive effekter. For eksempel rapporterer pasienter både i akutte helsetjenester og i primærhelsetjenester om større tilfredshet, større aksept for å ta i mot omsorgstjenester og bedre helseutfall når de får behandling av et samarbeidende team (Mickan, 2005; Lemieux-Charles & McGuire, 2006; World Health Organization, 2010). Gode samarbeidspraksiser kan dessuten gi avkastning i form av bedre koordinerte og mer effektive tjenester, og redusert behandlingstid (Mickan, 2005). Dette kan for eksempel komme av at det oppstår færre misforståelser eller uforutsette konsultasjoner, noe som igjen reduserer kostnadene for helsetjenestene (Mickan, 2005). I studier rapporterer dessuten ansatte som arbeider i team om større jobb-tilfredshet, mer avklarte roller og økt velvære (Mickan, 2005). Forskning tyder også på at konsekvensene kan være alvorlige når samarbeid mellom fagpersonell i helsetjenestene svikter. For eksempel har studier vist at dårlig kommunikasjon mellom relevante aktører i helsevesenet kan føre til lav kontinuitet i et behandlingsforløp for en pasient, og kan i verste fall skade pasienten som følge av feilbehandling (Cheung et al., 2010; Kesavan et al., 2013). Lavere pasienttilfredshet og lengre behandlingsforløp er også mulige negative konsekvenser dersom samarbeid ikke fungerer i helsevesenet (World Health Organization, 2010).

Tverrfaglig samarbeid i helsetjenester har også blitt aktualisert de senere årene gjennom politiske føringer og satsninger (Tøndel & Ose, 2014; Barne- og likestillingsdepartementet, 2009; Grut, 2007). Dette har skjedd i et større politisk bilde hvor det over flere år har vært et økt fokus på psykisk helse. Det har blant annet kommet til uttrykk gjennom to store helsepolitiske satsninger, kjent som *Opptappingsplanen for psykisk helse* (e.g. Grut, 2007) og *Samhandlingsreformen* (e.g. Barne- og likestillingsdepartementet, 2009). Med opptappingsplanen ble det blant annet et mål å styrke tverrfaglig og forebyggende arbeid gjennom opprettelse av 800 årsverk med ulike fagbakgrunn til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt 184 nye psykologstillinger for å styrke det kommunale behandlingstilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998; Heggland, Gärtner og Mykletun, 2013). Samhandlingsreformen hadde på sin side som overordnet mål å fremme folkehelsen og å øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Virkemidlene for å oppnå dette var at helsetjenestene skulle ha et økt fokus på forebyggingsarbeid, tidligere og enklere tilgang til behandling, i tillegg til at tjenestene skulle ha et økt fokus på samhandling

(Lie, 2015). Et annet virkemiddel var å øke de kommunale helsetjenestenes ansvar og ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Heggland et al., 2013). En sammensetning av ulike fagprofesjoner blant kommunenes ansatte ble trukket fram som et sentralt ledd i å nå samhandlingsreformens mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Disse satsningene kommer også til uttrykk i lovverk, ulike veiledere og i nasjonale faglige retningslinjer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Dolonen, 2017; Helsedirektoratet, 2017; Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Det økte politiske fokuset på psykisk helse har også i senere tid vist seg ved lovfesting av personell med psykologkompetanse i alle kommuner fra og med år 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Et mål med rekruttering av flere psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester er å styrke kvaliteten og kompetansen i tverrfaglig psykisk helsearbeid. Ønsket er at psykisk helse skal være en likeverdig del av folkehelsearbeidet, og at satsning på forebyggende og helsefremmende tjenester skal bidra til å redusere behovet for mer langvarig og omfattende behandlingstilbud og tjenester (Skogen et al., 2018). De politiske satsningene innebærer også at psykologer i større grad enn tidligere skal jobbe system- og samfunnsrettet, i tillegg til å jobbe helsefremmende og forebyggende (Skogen et al., 2018).

Oversatt til praksis betyr disse helsepolitiske prioriteringene at det på landsbasis vil være et økende antall helsepersonell med variert fagbakgrunn i kommunale helsetjenester, som forventes å samarbeide om ulike oppgaver på tvers av fag, sektorer og tjenester. En av disse tjenestene er skolehelsetjenesten, som er en viktig aktør i psykisk helsearbeid for barn og familier i kommunene (Myrvold & Helgesen, 2009). Skolehelsetjenesten skal være med på å bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge blant annet ved å legge til rette for et godt fysisk og psykososialt miljø på skolen. I kraft av at tjenesten benyttes av tilnærmet 100 % av barne- og ungdomsbefolkningen er den en viktig arena for helsefremmende og forebyggende arbeid, i tillegg til å avdekke og iverksette tiltak for barn og familier med psykiske vansker (Rodal & Frank, 2008). Helsesykepleiere er sentrale aktører i dette arbeidet, og tilgang til slikt fagpersonell i skolehelsetjenesten er nedfelt i lovverk og retningslinjer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2; Helsedirektoratet, 2017; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). I disse føringene fremgår det også at skolehelsetjenestens ansatte forventes å inngå i tverrfaglige samarbeid med andre relevante aktører, som for eksempel psykologer (Helsedirektoratet, 2017).

Denne gjennomgangen har gitt et innblikk i betydningen og aktualiteten av tverrfaglig samarbeid for ansatte i helsetjenester. Gjennomgangen har også belyst at dårlig fungerende

samarbeid kan ha negative konsekvenser. Det er altså ikke slik at tverrfaglige samarbeid alltid fungerer godt, selv om samarbeid er nødvendig for å kunne utføre enkelte arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte. Faktisk hevder San Martín-Rodríguez et al. (2005) at det å utvikle gode samarbeidspraksiser ofte er en betydelig utfordring for politikere og ledere. De som blir mest skadelidende når samarbeid ikke fungerer i helsetjenester er brukerne som går glipp av resultatene som et godt tverrfaglig samarbeid kan gi (Lauvås & Lauvås, 2004). Dette kan innebære at de ikke får den hjelpen og støtten som de skulle hatt, og at vente- og behandlingstiden blir lang (Lauvås & Lauvås, 2004). I tillegg medfører svikt i tverrfaglige samarbeid dårligere økonomisk og personellmessig ressursutnytting i organisasjonen, og et dårligere arbeidsmiljø for de ansatte (Lauvås & Lauvås, 2004). Dette viser relevansen og viktigheten av å utvikle kunnskap om hvordan man kan lykkes med tverrfaglige samarbeid, og jeg håper at denne studien kan bidra til økt innsikt i nettopp dette. Det eksisterer allerede et omfattende forskningsfelt knyttet til faktorer som hemmer og fremmer samarbeid, og det har også blitt utviklet flere teoretiske modeller som tar for seg dette (E.g. Bronstein, 2003; Van Rijnsoever & Hessels, 2011; Xyrichis & Lowton, 2008; Lauvås & Lauvås, 2004; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Hva kan denne studien da tilføre av ny kunnskap om tverrfaglig samarbeid? Med en kvalitativ tilnærming har jeg valgt å undersøke variasjoner blant helsesykepleiere i skolehelsetjenesten når det kommer til å samarbeide med psykologer i Barne- og familietjenesten. Målet er å tegne et nyansert bilde av hvorfor samarbeidspraksiser varierer blant ansatte. Et virkemiddel for å oppnå dette har vært å benytte meg av to ulike perspektiver som rammeverk for det analytiske arbeidet. Det ene perspektivet er en Review-studie av San Martín-Rodríguez et al. (2005) som oppsummerer empiriske funn og litteratur om hva som hemmer og fremmer samarbeid. Det andre perspektivet som skal bidra til å belyse funnene er teorien om Job crafting. Denne teorien fremholder individet som aktør i å forme sin egen arbeidshverdag, og er i så måte et sosialkonstruksjonistisk perspektiv.

Formål med studien og forskningsspørsmål

Formålet med denne studien er å få en større innsikt i samarbeidspraksiser mellom ulike profesjoner i skolehelsetjenesten, og å få en forståelse av hvorfor slike praksiser varierer. Utgangspunktet for studien er intervjuer av helsesykepleiere i skolehelsetjenesten. Helsesykepleierne i studien har sitt arbeidssted på ulike barneskoler i Trondheim kommune. De har også til felles at nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017) legger føringer for innholdet i deres arbeid. Der fremgår det blant annet at de skal samarbeide med andre relevante aktører, som for eksempel kommunalt ansatte psykologer (Helsedirektoratet, 2017). I denne studien ønsker jeg derfor å utforske hvordan samarbeidspraksiser mellom helsesykepleiere og kommunepsykologer varierer innenfor disse felles rammene, og mulige forståelser og forklaringer av disse variasjonene.

Utgangspunktet for analysen er derfor følgende tre forskningsspørsmål:

- 1. Hvordan samarbeider helsesykepleiere i skolehelsetjenesten med kommunepsykologer?*
- 2. Hvordan beskriver helsesykepleierne betydningen av sine samarbeidspraksiser?*
- 3. Hvordan forklarer helsesykepleierne sin egen samarbeidspraksis?*

Teori

I dette kapitlet presenteres de teoretiske og empiriske perspektiver som skal bidra til å belyse funnene i denne studien. Perspektivene som beskrives må ses på som et utvalg av perspektiver, og det må antas at det finnes andre forståelser av tverrfaglige samarbeidspraksiser som ikke blir presentert her. For å belyse funnene i denne studien er det valgt to perspektiver som bidrar med relativt ulike ståsteder å se funnene fra. Dette er valgt for å illustrere nyansene og det helhetlige bildet av helsesykepleieres samarbeidserfaringer med psykologer.

Det første perspektivet som redegjøres for er San Martín-Rodríguez et al. (2005) sin litteraturgjennomgang av hva som hemmer og fremmer samarbeid. Dette perspektivet tegner et sammensatt bilde av ulike faktorer som spiller inn på tverrfaglige samarbeid, både på individnivå og på systemnivå. Videre følger en beskrivelse av Wrzesniewski og Duttons (2001) teori om Job crafting. Denne tilnærmingen utfyller forståelsen av hva som kan påvirke tverrfaglige samarbeid, ved å gi en mulig forklaring på hvorfor ansatte i like stillinger kan ha ulike erfaringer med tverrfaglig samarbeid. Dette er knyttet opp mot et syn på at individet er en aktiv påvirker i sin egen arbeidshverdag, og setter i så måte den enkelte ansatt i sentrum for å forklare hvorfor det oppstår variasjoner i arbeidsutøvelse innenfor en fastsatt ramme. Målet er at disse perspektivene til sammen vil illustrere at tverrfaglighet i helsetjenester foregår i et komplekst terreng, der man må vurdere flere elementer for å forstå utfallet av samarbeidspraksiser og hvordan man kan jobbe for å få til gode tverrfaglige samarbeid.

Hva hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid?

San Martín-Rodríguez et al. (2005) redegjør i sin review-artikkel for hvordan man kan lykkes med samarbeid. Gjennom å ta utgangspunkt i tilgjengelig empiri og teori på feltet har de organisert suksesskriteriene for samarbeid i tre kategorier. Disse er systemiske faktorer, organisatoriske faktorer og relasjonelle faktorer. San Martín-Rodríguez et al. (2005) argumenterer for at elementer i samtlige kategorier må vurderes for å forstå hva som kan virke fremmende og hva som kan virke hemmende i et tverrfaglig samarbeid. I det følgende vil jeg gjøre nærmere rede for disse faktorene, og samtidig eksemplifisere hvordan dette kan være relevant for samarbeidspraksisene mellom helsesykepleiere og psykologer i skolehelsetjenesten.

Systemiske faktorer	Organisatoriske faktorer	Relasjonelle faktorer
<i>Det sosiale system</i>	<i>Organisasjonsstruktur</i>	<i>Vilje til å samarbeide</i>
<i>Det kulturelle system</i>	<i>Grunnfilosofi</i>	<i>Tillit</i>
<i>Utdanningssystemet</i>	<i>Administrativ oppmuntring til samarbeid</i>	<i>Kommunikasjon</i>
<i>Profesjonssystemet</i>	<i>Ressurser</i>	<i>Gjensidig respekt</i>
	<i>Koordinering og kommunikasjonsmekanismer</i>	

Tabell 1: Oppsummerende oversikt over faktorer som påvirker samarbeid i organisasjoner, basert på Review-artikkelen av San Martín-Rodríguez et al. (2005).

Systemiske faktorer. Systemiske faktorer er elementer utenfor selve organisasjonen som kan påvirke tverrfaglige samarbeid. San Martín-Rodríguez et al. (2005) beskriver disse som det sosiale system, det kulturelle system, utdanningssystemet, og profesjonssystemet. Dette er faktorer som samfunnet rundt bringer inn i en samarbeidssammenheng, gjennom de holdninger og verdier som deltakere i et samarbeid har med seg. For eksempel peker San Martín-Rodríguez et al. (2005) på at det sosiale system er en kilde til maktforskjeller som kan eksistere mellom fagpersoner i et team, og at dette påvirker hvordan en samarbeidspraksis utvikler seg. De påpeker eksempelvis at likestilling mellom fagpersonell er grunnleggende for å kunne samarbeide, noe som hindres dersom det er maktforskjeller blant samarbeidspartene som følge av for eksempel kjønnsstereotyper og ulik sosial status. Dette utgjør en viktig barriere for tverrfaglig samarbeid.

San Martín-Rodríguez et al. (2005) hevder også at spesifikke kulturelle verdier kan ha betydning for utviklingen av samarbeid mellom fagpersoner. Enkelte kulturer kan ha dypt funderte verdier som strider i mot tanken om samarbeid. I helsetjenester vil for eksempel en sterk kulturell verdsettning av autonomi ha en tendens til å fremme individualisme og spesialisering heller enn en samarbeidspraksis.

Utdanningssystemet kan også påvirke hvordan tverrfaglige samarbeid utarter seg. San Martín-Rodríguez et al. (2005) påpeker at ulike faggrupper ofte er godt sosialisert inn i innholdet av deres eget yrke gjennom utdanningsforløpet. Samtidig vet de ofte lite om hvilke

praksiser, ekspertiser, ansvar, ferdigheter, verdier og teoretiske perspektiver aktuelle samarbeidspartnere med annen fagbakgrunn har. Dette anses av mange som en av de viktigste hindringene for å få til gode samarbeidspraksiser blant fagpersonell i helsetjenester (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Dette tyder på at det å opparbeide seg innsikt i samarbeidspartneres kompetanser er hensiktsmessig for å få til gode samarbeidsforhold, og at mangel på slik innsikt kan være med på å hemme utviklingen av gode tverrfaglige samarbeidspraksiser.

En annen systemisk faktor som har betydning for hvordan et samarbeid fungerer er som nevnt profesjonssystemet. Dette handler om at tendensen til å fremme sin egen profesjon kan føre til at utvikling av gode samarbeidspraksiser blir vanskeligere. Dette skyldes at profesjonalisering karakteriseres av dominerende, autonomi og kontroll, fremfor kollegialitet og tillit (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Det innebærer for eksempel at et sterkt fokus blant de ansatte på de ressursene som ligger i deres egen profesjon vil kunne vanskeliggjøre muligheten for å se de gode ressursene som personell med en annen profesjon innehar. Det kan også være til hinder for å se de mulige ressursene som ligger i å samarbeide med personell som har en annen profesjonsbakgrunn. Etablering av gode samarbeidspraksiser avhenger av gjensidig anerkjennelse mellom fagpersonell fra ulike profesjoner, både når det kommer til deres gjensidige avhengighet, og aksept av gråsoner der deres respektive bidrag kan overlappe (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Derimot kan profesjonaliseringsdynamikken føre til fokus på forskjeller mellom yrkesgrupper og territoriell atferd innad i teamet.

Organisatoriske faktorer. En organisasjons struktur, grunnfilosofi, administrativ oppmuntring til samarbeid, ressurser, koordinering og kommunikasjonsmekanismer er organisatoriske faktorer som påvirker hvor godt et tverrfaglig samarbeid fungerer (San Martín-Rodríguez et al., 2005). San Martín-Rodríguez et al. (2005) hevder for eksempel at det er nødvendig å endre strukturen i organisasjonen fra en tradisjonell hierarkisk struktur til en mer flat struktur at dersom man vil etablere et godt samarbeidsklima. Den tradisjonelle hierarkiske struktur oppmuntrer ikke til delt beslutningstaking og åpen og direkte kommunikasjon, noe som er viktige betingelser for et godt samarbeid. Desentraliserte og fleksible strukturer vil derimot vektlegge viktigheten av teamarbeid og støtte delt beslutningstaking, og på den måten fremme tverrfaglig samarbeid. I lys av dette kan det tenkes at en likevektning av psykologers og helsesykepleieres faglige bidrag når de

samarbeider er vesentlig for at samarbeidet skal fungere godt. Motsatsen til dette ville vært at for eksempel psykologens innspill alltid ble tillagt større vekt i faglige diskusjoner.

En annen organisatorisk faktor som påvirker samarbeidskvalitet er organisasjonens filosofi (San Martín-Rodríguez et al., 2005). En filosofi som verdsetter deltakelse, rettferdighet, frihet til å uttrykke seg og gjensidig avhengighet er essensielt for utvikling av gode tverrfaglige team i helsetjenestene. I tillegg er et klima preget av åpenhet, risikovillighet, integritet og tillit noe som fremmer samarbeidsholdninger blant fagpersonell. Tverrfaglig samarbeid er dessuten avhengig av administrativ støtte. Dette innebærer at samarbeid fremmes av ledere som kan formidle at samarbeid er ønskelig, og som lykkes med å skape en organisatorisk setting som fremmer samarbeid. En annen nøkkelbetingelse for en vellykket samarbeidspraksis er dessuten nok tid og tilgang på treffsteder. Det må settes av nok tid til at ulike fagpersoner kan dele informasjon, utvikle relasjoner mellom seg, og ta tak i eventuelle utfordringer (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Klare føringer, regler, prosedyrer, standarder, tverrfaglige protokoller og formelle møtefora er andre organisatoriske faktorer som er hensiktsmessig for å lykkes med tverrfaglige samarbeid. San Martín-Rodríguez et al. (2005) hevder videre at det å arbeide i fysisk nærhet til hverandre vil fremme samarbeid, spesielt dersom det oppstår en konflikt. Fysisk nærhet til hverandre vil også redusere territorielle holdninger mellom ulike faggrupper og tendenser til å holde seg til kolleger med samme fagbakgrunn. Derfor er det viktig at organisasjonen har et bevisst forhold til at tverrfaglige samarbeidspartnere har nok tid og rom for utveksling med hverandre (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Relasjonelle faktorer. San Martín-Rodríguez et al. (2005) redegjør videre for relasjonelle faktorer som kan hemme eller fremme tverrfaglig samarbeid. Slike faktorer er vilje til å samarbeide, tillit, kommunikasjon og gjensidig respekt. De hevder at vilje til å samarbeide er en nødvendighet, selv om samarbeid i mange organisasjoner gjøres til noe som er obligatorisk. Dersom personell ikke er villige til å samarbeide, vil heller ikke et samarbeid som er pålagt dem fungere. Dette indikerer at pålagte tverrfaglige samarbeidsmøter, som er nevnt som en organisatorisk faktor som fremmer samarbeid, ikke uten videre fører til positive utfall. Det er også flere betingelser som må være til stede for å lykkes, nemlig de ansattes vilje til å samarbeide.

En annen relasjonell faktor som fremmer samarbeid, er tillit mellom de som skal samarbeide. San Martín-Rodríguez et al. (2005) påpeker at de fleste forskere anser tillit som en nøkkelfaktor for å etablere gode samarbeidsrelasjoner. Det å bygge tillit krever tid, innsats, tålmodighet og tidligere positive erfaringer. Noen mener at trygghet i egen rolle som

fagperson er essensielt, i tillegg til å ha tillit til andre fagpersoner. Tillit er dessuten avhengig av kompetanse og erfaring (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Kommunikasjonsferdigheter er en tredje relasjonell faktor som har betydning for hvor godt et samarbeid fungerer. For at et samarbeid skal fungere må den enkelte deltaker i samarbeidet forstå hvilket bidrag han kan komme med inn i en sak og hvordan det vil påvirke saken, samt hvordan han kan kommunisere denne kunnskapen til de andre (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Effektiv kommunikasjon er essensielt fordi det muliggjør konstruktive forhandlinger med andre fagfolk. Kommunikasjonsferdigheter er dessuten ofte en forutsetning for andre samarbeidsfremmende faktorer, som for eksempel gjensidig respekt, deling eller gjensidig tillit. Åpen og aktiv kommunikasjon og aktiv lytting er positivt, fordi det muliggjør felles innsikt blant teammedlemmer (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

En fjerde relasjonell faktor som påvirker samarbeid er respekt. Gjensidig respekt innebærer kunnskap og anerkjennelse av hvordan de ulike samarbeidspartnerne har komplementære bidrag, og anerkjennelse av at de er gjensidig avhengig av hverandre (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Mangel på forståelse, respekt eller verdsetting av andres bidrag utgjør derimot en barriere for samarbeid mellom helsearbeidere.

Samarbeid kan altså sies å være en mellommenneskelig prosess som stiller flere krav til relasjonen mellom de som skal samarbeide. Disse er en vilje til å samarbeide, tillit til hverandre, gjensidig respekt og kommunikasjon. Disse mellommenneskelige faktorene er trolig nødvendig, men ikke tilstrekkelig for at et tverrfaglig samarbeid skal fungere. I et sammensatt arbeidslandskap kan ikke fagpersonell helt på egen hånd skape de nødvendige betingelser for å få til et vellykket tverrfaglig samarbeid. Organisatoriske faktorer som tilgang til nok tid og rom for å samarbeide, og god ledelse har og også betydning. Også systemiske faktorer, som er forhold som ligger utenfor selve organisasjonen og de enkelte ansatte, kan bidra til å fremme eller hemme tverrfaglige samarbeid. San Martín-Rodríguez et al. (2005) sin review-artikkel illustrerer med andre ord hvordan det å få til gode tverrfaglige samarbeid er en kompleks oppgave som avhenger av flere forhold.

Teorien om job crafting

Som San Martín-Rodríguez et al. (2005) illustrerer, påvirker både systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorer hvorvidt et samarbeid lykkes eller ei. Jeg vil nå tilføre et ytterligere perspektiv i forståelsen av hva som kan påvirke samarbeidspraksiser, gjennom å redegjøre for teorien om job crafting. Dette teoretiske rammeverket setter individet i sentrum for å forstå hvorfor det oppstår variasjoner i arbeidsutøvelse.

I 2001 introduserte Amy Wrzesniewski og Jane E. Dutton konseptet «job crafting». Dette handler om hvordan ansatte aktivt bidrar til å forme de oppgaver og sosiale relasjoner som en jobb består av, slik at det blir meningsfullt for den enkelte. Job crafting er en aktiv handling, og de som utfører dette kan beskrives som «job craftere». Wrzesniewski og Dutton (2001) definerer job crafting som de fysiske og kognitive endringer individer gjør innenfor arbeidets formelle rammer. Et kjernepremiss i deres modell er at alle arbeidsoppgaver og arbeidsrelasjoner i en jobb kan ses som komponenter som ansatte bruker for å konstruere sitt arbeidsliv. For eksempel kan kommunepsykologen og ulike arbeidsoppgaver knyttet til psykisk helse ses som komponenter som helsesykepleiere benytter for å konstruere sin arbeidshverdag. Modellen bygger i så måte på et sosialkonstruksjonistisk rammeverk, der fokuset er på individets psykologiske konstruksjon av den erfarne verden. Den sosiale kontekst gir ansatte materialer som de bruker for å bygge sin unike arbeidshverdag (Wrzesniewski og Dutton, 2001).

Job crafting er en psykologisk, sosial og fysisk handling, som hovedsakelig kan gjøres på tre måter; man kan påvirke arbeidsoppgavene *fysisk* ved å endre oppgavenes form, innhold eller antall, eller arbeidsoppgavene kan endres *kognitivt* ved at den ansatte endrer hvordan han tenker om arbeidet. For eksempel kan den ansatte velge å ha et helhetlig perspektiv på arbeidet, eller han kan fokusere mer på spesifikke deler av det. En tredje måte å forme sin arbeidshverdag på, er å påvirke arbeidet *relasjonelt* ved at han aktivt velger hvem han interagerer med under utførelsen av arbeidet, og hvordan de interagerer. Slik kan et individ endre arbeidets utforming og det sosiale miljøet han jobber i. For eksempel kan helsesykepleiere påvirke arbeidet fysisk ved å prioritere mellom oppgaver. Noen vil kanskje prioritere å møte barn gruppevis, mens andre har flere individuelle konsultasjoner med barn og familier. Relasjonell job crafting kan skje ved at helsesykepleiere velger hvor mye og hvordan de har kontakt med ulike kolleger eller samarbeidspartnere. For eksempel kan helsesykepleiere kanskje velge hvem av kollegaene de kontakter dersom de trenger råd.

Når individer job crafter, påvirkes deres arbeidsidentitet og deres syn på arbeidets mening. Dette innebærer at ansatte skaper ulike jobber innenfor likt definerte jobber (Wrzesniewski og Dutton, 2001). Med andre ord kan ulike individer som er ansatt i like jobber variere med hensyn til hvordan de forstår arbeidets hensikt, hva de oppnår, og hvordan arbeidet er en del av deres identitet. Dette betyr at job crafting er en kreativ og improvisert prosess som handler om hvordan individer tilpasser seg til sine jobber på måter som skaper individuelle definisjoner av arbeidet de utfører og hvem de er som ansatte.

Wrzesniewski og Dutton (2001) hevder også at job crafting er en situasjonsavhengig aktivitet i form av at ulike kontekster fremmer eller hemmer ulike grader av og former for crafting. Antakelsen er at mengden job crafting avhenger av den ansattes motivasjon til å crafte sammen med oppfattet mulighet for å crafte. Dette innebærer at individer varierer med hensyn til hvor mye de jobber. Motivasjonen for å crafte modereres av oppfattet mulighet for slik aktivitet samt individets motivasjonelle orientering. Det betyr at både situasjonsbetingede faktorer og individfaktorer spiller inn i hvor motivert en ansatt er til å jobbe. Helsearbeidere kan dermed ha ulike opplevelser av hvorvidt det er mulig å påvirke egen arbeidshverdag, i tillegg til at de har ulik grad av motivasjon til dette.

En faktor som påvirker opplevd mulighet for job crafting er grad av autonomi i arbeidet (Wrzesniewski & Dutton, 2001). Når et arbeid er eksplisitt definert og kontrollert vil ansatte oppleve at det er færre muligheter for å aktivt forme sitt arbeid. Derimot gir autonomi i arbeidet opplevelsen av at job crafting er mulig, noe som øker sannsynligheten for at det vil skje. I så måte kan det antas at helsearbeidere er en yrkesgruppe som ofte opplever at job crafting er mulig, gitt at de opplever å ha stor frihet til selv å prioritere mellom ulike oppgaver.

Studier tyder imidlertid på at det å formelt gi ansatte autonomi og makt i seg selv ikke nødvendigvis sikrer at de vil erfare nok autonomi til å crafte i jobbene sine. Selv ansatte med mye formell autonomi og makt kan oppleve seg begrenset når det kommer til job crafting, noe som kommer av at de har en oppfatning av at arbeidsoppgaver og relasjoner ikke kan endres på (Berg, Dutton & Wrzesniewski, 2013). Det innebærer at personer som er ansatt i samme type stilling og med like rammer kan ha svært ulike opplevelser av hvorvidt de har mulighet til å jobbe. En konsekvens av dette vil være at ulike ansatte i samme type stilling vil kunne prioritere ulikt mellom oppgaver og utføre dem på ulikt vis. Følgelig kan man forvente at helsearbeidere som har deltatt i denne studien vil variere med hensyn til hvor mye de opplever å ha rom for å prioritere mellom oppgaver, selv om de er ansatt i samme kommune og med det samme mandatet.

I følge Wrzesniewski og Dutton (2001) er det også individuelle variasjoner når det kommer til hvordan man vil beskrive betydningen av jobben sin. Det innebærer at de fleste anser sitt arbeid som enten en jobb, en karriere eller et kall (Wrzesniewski & Dutton, 2001). De som ser på sitt arbeid som en jobb motiveres av at arbeidet gir en finansiell belønning. De som beskriver arbeidet som en karriere blir motivert av muligheten for en forfremmelse, mens de som beskriver sitt arbeid som et kall motiveres av at arbeidet gir glede, er meningsfullt og er sosialt nyttig. Disse individuelle variasjonene i syn på arbeidet gir også ulike fokus på

hvilke muligheter man har til å påvirke arbeidsoppgaver og relasjoner i jobben. For eksempel vil en helsesykepleier med en karriereorientering sannsynligvis crafte slik at han interagerer mest mulig med kollegaer som har mer makt, samtidig som han prioriterer synlige oppgaver som organisasjonen verdsetter. Dersom den ansatte er mer drevet av at jobben er et kall, vil det trolig være andre oppgaver som prioriteres høyere. Det kan også tenkes at dette vil ha betydning for hvordan helsesykepleiere prioriterer å samarbeide med psykologer. Det kan for eksempel tenkes at helsesykepleiere som ser arbeidet som en karriere i større grad vil prioritere mer synlige samarbeidsformer, som samarbeid med psykologer om større prosjekter, eller aktiv deltakelse når ansatte treffes i større møteforum. Helsesykepleiere med en annen motivasjon vil derimot kunne tenkes å oftere benytte seg av mindre synlige drøftinger med psykologene, som for eksempel ved mer utstrakt bruk av telefonsamtaler som samarbeidsplattform.

Dette rammeverket illustrerer hvordan ansatte aktivt kan forme sin arbeidshverdag og eventuelle samarbeid i denne. Det er flere momenter som påvirker hvorvidt og hvordan dette gjøres. Dette er et interessant perspektiv å ha som utgangspunkt for denne studien, da det kan bidra til økt innsikt i hvorfor man eventuelt finner at helsesykepleieres samarbeidserfaringer varierer. Innenfor de gitte rammer for deres arbeid kan en forvente at det også er rom for at helsesykepleierne kan gjøre ulike valg som påvirker det arbeidet de gjør. Hvem ringer de eksempelvis til dersom de trenger å drøfte en problemstilling med noen – er dette en kollega med lik fagbakgrunn som deres egen, eller en med en annen fagbakgrunn? Hvilke oppgaver prioriterer de, og hvordan løser de dem? Hvordan anser den enkelte helsesykepleier tverrfaglige drøftingsmøter – som et nyttig forum for å håndtere ulike problemstillinger, eller som en pålagt oppgave som stjeler tid fra andre viktige oppgaver? I tillegg til at denne studien kan bidra til kunnskap om hvorfor samarbeidspraksiser varierer, kan dette teoretiske rammeverket også gi økt bevissthet blant ansatte i ulike helsetjenester om muligheten den enkelte har til å påvirke egen arbeidshverdag innenfor gitte rammer i en stilling. Slik innsikt kan bidra til å øke den enkeltes trivsel i arbeidshverdagen, ved å øke opplevelsen av å ha kontroll over innholdet i arbeidshverdagen. Denne kontrollopplevelsen skapes gjennom å gjøre bevisste prioriteringer av oppgaver, relasjoner og kognisjoner omkring arbeidet.

I denne delen har jeg redegjort for hva som påvirker tverrfaglige samarbeid i henhold til San Martín-Rodríguez et al. (2005) sitt rammeverk, og for hvordan det kan oppstå varierte arbeidsutøvelser i henhold til teorien om job crafting (Wrzesniewski & Dutton, 2001). Disse perspektivene er relevante for å belyse funnene i denne studien, da det kan bidra til å forklare eventuelle variasjoner i samarbeidserfaringer blant helsesykepleiere i skolehelsetjenesten i

Trondheim kommune. Kunnskap om dette kan bidra til at både den enkelte ansatte, organisasjoner, utdanningssystemer og andre aktører i samfunnet kan ta aktive valg for å bidra til å skape positive tverrfaglige samarbeidsrelasjoner på arbeidsplassen.

Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for forskningsprosessen og valg jeg har tatt i forbindelse med planlegging og gjennomføring av studien. Valg av forskningsdesign påvirker hvilket datamateriale man får, noe som igjen påvirker hvilke analysemetoder som kan benyttes. Følgelig gir informasjon om denne prosessen nyttig innsikt i hva som ligger til grunn for hvordan problemstillingen besvares. I studien har jeg hatt som mål å bidra til økt innsikt i hvordan helsesykepleiere opplever sin arbeidsrelasjon til kommunepsykologen, og mer spesifikt å bidra til økt kunnskap om hva som er betydningsfullt for å lykkes med tverrfaglige samarbeid mellom de to profesjonene.

Studien ble planlagt og gjennomført som en del av undertegnede avsluttende hovedoppgave ved profesjonsstudiet i Psykologi, ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet. Forberedelser, datainnsamling, transkribering og analyse av datamaterialet har blitt gjort av undertegnede, under veiledning av førsteamanuensis Anne Iversen ved institutt for psykologi.

Valg av metode og begrunnelse for metodevalg

Ulike forskningsspørsmål kan besvares med ulike metodologiske tilnærminger (Tjora, 2017), og et første steg i arbeidet med denne studien var derfor å velge hvilken forskningsmetodisk tilnærming som var best egnet til å utforske og svare på studiens forskningsspørsmål. Hvilken metode man velger å bruke i forskning påvirkes av hvilken type kunnskap man ønsker å utvikle, og kvalitative metoder er egnet når formålet er å få detaljert innsikt i individers forståelser av sine verdener (Smith, 2015). I følge Smith (2015) har kvalitativ forskning ofte som mål å gi rike og fyldige beskrivelser av et fenomen. Dette innebærer at fokuset i en kvalitativ analyse er på å tolke meningsinnholdet i verbale utsagn, noe som formidles gjennom detaljerte og nyanserte beskrivelser av individers erfaringer og meninger omkring et tema (Tjora, 2017). Dette står i kontrast til kvantitativ forskning, der formålet er å finne utbredelsen av erfaringer og meninger (Tjora, 2017). Da det i denne studien var et mål å få detaljert innsikt i helsesykepleieres meninger og erfaringer omkring tverrfaglig samarbeid, ble det vurdert at en kvalitativ analysemetode var best egnet.

For å kunne gjøre en slik kvalitativ studie, trengte jeg å samle inn data som kunne analyseres tekstlig (Smith, 2015). Dette innebar at jeg skulle samle inn data i form av verbale beskrivelser, som deretter skulle transkriberes. Jeg valgte derfor semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. I tillegg til at dette er en vanlig metode for innsamling av data til kvalitativ forskning, var årsaken til dette valget at slike intervju generelt har som mål å gi

omfattende og rikholdige data fra informantene (Howitt, 2010; Tjora, 2017). Tjora (2017) påpeker at et hovedmål med slike intervjuer er å skape en relativt fri samtale om noen forhåndsdefinerte temaer, der informanten reflekterer over egne erfaringer og meninger knyttet til det aktuelle temaet (Tjora, 2017). Semistrukturerte intervju består ofte av noen få spørsmål og medfølgende prober, som er utformet med den hensikt å oppmuntre informanten til å fortelle fritt og utbroderende om ulike tema som forskeren har forhåndsdefinert (Howitt, 2010; Langdridge, 2006; Tjora, 2017). Gjennom bruk en semistrukturert intervjuform kunne jeg legge til rette for at intervjuet ville dekke de temaene som jeg ønsket å studere.

Forberedelse og gjennomføring av intervjuene

I det følgende vil jeg beskrive hvilke forberedelser som ble gjort før datainnsamlingen.

Godkjenning av prosjekt. Prosjektet ble godkjent av Institutt for psykologi ved NTNU i mai 2017, med forbehold om forhåndsgodkjenning i REK. Som følge av dette ble prosjektet sendt til vurdering hos REK. Komiteens vurdering var at prosjektet fremstod som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Dette innebar at prosjektet kunne gjennomføres uten noen nærmere etisk vurdering av REK. Prosjektet ble meldt og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) i juni 2017.

Informanter. Jeg valgte helsesykepleiere i skolehelsetjenesten som informanter for studien. Bakgrunnen for dette valget var at helsesykepleiere er en sentral faggruppe i skolehelsetjenesten. På bakgrunn av politiske føringer (Helsedirektoratet, 2017) antok jeg at helsesykepleierne samarbeidet med psykologer i dette arbeidet. Følgelig tenkte jeg at det kunne være nyttig som psykolog å få innsikt i hvordan helsepersonell med en annen utdanningsbakgrunn opplevde psykologer som samarbeidspartnere i psykisk helsearbeid. Jeg håpte at denne studien kunne være med på å utvikle kunnskap om hvordan man kan fremme gode tverrfaglige samarbeidsrelasjoner, noe som kan gi avkastning i form av et godt forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid i kommunen.

Rekruttering. Basert på tilgjengelig kontaktinformasjon på Trondheim kommunes nettsider tok jeg innledningsvis i prosjektet kontakt med aktuelle informanter direkte. Tjora (2017) hevder at en forespørsel om deltakelse via e-post kan fungere godt i sammenhenger hvor man skal rekruttere fra en begrenset gruppe relativt likeverdige potensielle deltakere. I tråd med dette sendte jeg en e-post med informasjon om prosjektet og en oppfordring om å ta kontakt dersom de ønsket å delta. Etter noe tid ble jeg imidlertid gjort oppmerksom på at alle slike prosjekter måtte forhåndsgodkjennes av Trondheim kommune. Så snart jeg ble klar over dette ble det derfor også søkt om godkjenning av prosjektet hos kommunen. Prosjektet ble

godkjent, og jeg fikk tillatelse til å gjennomføre intervju med 6-8 helsesykepleiere.

Intervjuene skulle ha en ramme på 1-2 timer, og kommunen ville informere de berørte enheter i kommunen om beslutningen omkring prosjektet.

I etterkant av godkjenningen fra kommunen ble jeg kontaktet av de fire faglederne for Helse i Barne- og familietjenesten, som ga meg kontaktinformasjon til helsesykepleiere i deres bydel som jeg kunne kontakte for intervju. Dette resulterte i at jeg totalt fikk 13 forslag til informanter. Felles for dem var at de hadde sitt arbeidssted på barneskoler i Trondheim kommune.

Den videre rekrutteringsprosessen skjedde ved at jeg tok kontakt med de aktuelle informantene på e-post. Der fikk de informasjon om studien, og jeg opplyste om at jeg hadde fått deres kontaktinformasjon fra deres leder. Informasjonsskrivet som var utarbeidet i forbindelse med studien ble også vedlagt. Det var særlig viktig for meg å formidle i e-posten at en eventuell deltakelse var frivillig, og at de måtte ta kontakt dersom de var interessert i å delta. Formålet med dette var å redusere mulig opplevd press om å delta, særlig med tanke på at deres navn spesifikt hadde blitt foreslått av deres overordnede.

En fordel med at aktuelle informanter ble foreslått av faglederne, kan tenkes å ha vært at lederne hadde god kjennskap til hvilke helsesykepleiere som hadde relevant og bred erfaring knyttet til de aktuelle forskningsspørsmålene, og at dette dermed økte sannsynligheten for at informantene hadde de relevante erfaringene for studien. Samtidig kan denne fremgangsmåten ha medført en opplevelse hos informantene av redusert anonymitet og en større forventning om at de skulle delta. Dette kan ha påvirket hvilke opplevelser, tanker og erfaringer informantene valgte å dele under intervjuene.

Utvalg. Jeg valgte ut fem informanter av de 13 navnene jeg fikk foreslått av faglederne. I tillegg var en informant rekruttert av meg direkte, som følge av at intervjuet hadde blitt gjennomført før jeg ble klar over at prosjektet skulle godkjennes av kommunen. Begrunnelsen for at dette intervjuet ble inkludert er nærmere beskrevet under avsnittene om anonymitet og konfidensialitet.

Størrelsen på utvalget var begrenset av at studien skulle gjøres innenfor rammene av en hovedoppgave. I tillegg var hensynet til informantenes anonymitet en annen viktig grunn til at det ble gjennomført totalt seks intervjuer. Dette med bakgrunn i at jeg hadde fått 13 forslag til informanter fra helsesykepleiernes ledere, og jeg tenkte at jeg ville redusere muligheten for gjenkjennelse ved å inkludere et begrenset antall av disse 13. Dette resulterte i at mitt endelige utvalg bestod av seks helsesykepleiere som jobbet i skolehelsetjenesten i Trondheim kommune ved intervjutidspunktet. De var rekruttert fra alle fire bydeler i

kommunen. Hensikten med å intervju helsepsykepleiere fra samtlige bydeler var å utforske nyansene og bredden i erfaringer blant helsepsykepleiere i skolehelsetjenesten i Trondheim kommune.

Mitt endelige utvalg hadde til felles at de hadde flere års arbeidserfaring innenfor fagfeltet, både som sykepleiere og også med videreutdanning i helsepsykepleie. Noen hadde også andre videreutdanninger i tillegg. De hadde dessuten bred og variert erfaring i form av at de fleste hadde jobbet på flere ulike skoler eller i helsestasjonstjenesten i løpet av sitt virke. Flere hadde også arbeidserfaring fra somatikken eller fra psykisk helsevern. Samtlige av informantene var kvinner, og hadde sitt arbeidssted ved en eller flere barneskoler i kommunen på intervju tidspunktet.

Intervjuguide. Et mål med forberedelsene som ble gjort i forkant av datainnsamlingen, var å legge til rette for at intervjuene ga mest mulig detaljerte og rike beskrivelser av de relevante tema for studien. Utarbeidelse av intervjuguiden var en viktig del av disse forberedelsene (Tjora, 2017). Det ble vektlagt å utarbeide åpne spørsmål der målet var at informanten skulle stå for det meste av pratingen. Det innebar at min rolle som intervjuer og forsker var å veilede informanten inn i de relevante tema, og å spørre etter mer utdypende informasjon der det ble vurdert som hensiktsmessig.

I arbeidet med intervjuguiden hadde jeg dessuten et bevisst forhold til rekkefølgen på spørsmålene jeg ville stille. Dette kan være viktig for å skape en trygg og komfortabel intervjusituasjon for informanten, noe som kan påvirke kvaliteten på dataene man får (Tjora, 2017). Tjora (2017) beskriver at gjennomføringen av semistrukturerte intervjuer generelt preges av tre faser, og intervjuguiden ble også utarbeidet i tråd med dette. De tre fasene er oppvarming, refleksjon og avrundning (Tjora, 2017). Oppvarmingsspørsmål er relativt enkle og konkrete, som for eksempel om vanlige arbeidsoppgaver. Dette er generelt spørsmål som fremstår som uformelle og ufarlige. I tråd med dette planla jeg å starte intervjuet med et spørsmål som jeg antok at informantene relativt uanstrengt kunne svare detaljert på, for å etablere en utveksling der informantene ga rike og detaljerte beskrivelser. Dette ble også gjort for å legge til rette for at informantene skulle føle seg komfortable med å dele sine erfaringer. Dette ble etterfulgt av såkalte refleksjonsspørsmål, som danner selve kjernen i intervjuet (Tjora, 2017). Dette er spørsmål som lar informanten gå i dybden på ulike deler av forskningstemaet, og spørsmålene følges ofte av oppfølgingsspørsmål dersom det er nødvendig (Tjora, 2017). I denne studien var dette spørsmål som omhandlet informantenes samarbeidserfaringer med psykolog. Videre planla jeg å avslutte intervjuet med noen avrundings spørsmål, som har som mål å normalisere og avrunde intervjusituasjonen, og å

sørge for at stemningen er god nok til å eventuelt kunne ta kontakt igjen over telefon for oppfølgings spørsmål (Tjora, 2017).

I forberedelsene til intervjuene ble det også vektlagt å gjøre seg godt kjent med intervjuguiden. Et mål med dette var å kunne være fleksibel og fokusert i intervjusituasjonen. Ved å ha god kjennskap til intervjuguiden var jeg for eksempel i stand til å tilpasse rekkefølgen spørsmål ble stilt i det enkelte intervju, dersom det ble vurdert som hensiktsmessig for flyten i intervjuet. God kjennskap til intervjuguiden bidro for eksempel også til at jeg kunne unngå å stille spørsmål som informanten allerede hadde svart på. Å vite hvilke spørsmål som skulle stilles hadde også som mål å bidra til at jeg som intervjuer kunne være mer fokusert på å motta, reflektere omkring og forstå det informanten meddelte i intervjuet (Tjora, 2017). Dette var viktig for å kunne stille relevante oppfølgings spørsmål underveis, noe som ville bli vanskeligere dersom fokuset var på den nedskrevne intervjuguiden.

Etter at jeg hadde gjennomført det første intervjuet gjorde jeg en vurdering av hvordan jeg opplevde at spørsmålene i intervjuguiden hadde fungert. Jeg reflekterte omkring den informasjonen jeg hadde fått i intervjuet, og fant ut at spørsmålene jeg hadde stilt ikke i tilstrekkelig grad ga innsikt i den tematikken jeg ønsket å belyse i studien. I intervjuet hadde jeg vært bevisst på å la informanten komme med eventuelle digresjoner og innskytelser, i tråd med Tjoras (2017) anbefalinger. Dette med bakgrunn i at disse avsporingene kunne gi innblikk i relevante temaer som jeg ikke hadde forutsett (Tjora, 2017). Dette erfarte jeg også. Det første intervjuet ga innsikt i at det var flere tema som jeg ønsket å få et mer detaljert innblikk i for å kunne svare godt på studiens forskningsspørsmål. Etter første intervju ble derfor spørsmålene i intervjuguiden endret noe. Denne intervjuguiden er vedlagt.

Etiske refleksjoner

Tjora (2017) påpeker at aspekter som tillit, konfidensialitet, respekt og gjensidighet må være en selvfølge i kontakten mellom forskere og deltakere. Andre viktige etiske prinsipper er det informerte samtykket (Tjora, 2017). I tråd med dette vil jeg understreke at det under hele forskningsprosessen har vært viktig for meg å gjøre et grundig og etisk forsvarlig arbeid. Dette innebærer for eksempel å ivareta hensynet til informantenes informerte samtykke, anonymitet og konfidensialitet.

Informert samtykke. En av de mest grunnleggende etiske prinsippene i forskning er at informantene samtykker i å delta i forskningen (Howitt, 2010; Tjora, 2017). Dette omtales som informert samtykke, og innebærer både at man skal tilstrebe at potensielle informanter

ikke føler seg presset til å delta, og at de forstår hva en deltakelse i studien vil innebære før de samtykker (Howitt, 2010; Tjora, 2017). Det var viktig for meg å tilstrebe dette da jeg skulle samle inn data til studien. Dette har blant annet blitt gjort gjennom bevisste vurderinger av hvordan informanter skulle rekrutteres, samt gjennom å gi informasjon om prosjektet til informantene før de samtykket til deltakelse. Rekrutteringsprosessen har blitt beskrevet i et tidligere avsnitt, og gjentas derfor ikke i detalj her. Jeg vil likevel understreke at hensynet til det informerte samtykke hele veien har vært førende for de valgene jeg har tatt under rekrutteringsprosessen.

For å ivareta prinsippet om et informert samtykke fikk også informantene ytterligere informasjon om meg, veileder og prosjektet i intervjusituasjonen, før selve intervjuet. De ble påmint om at deltakelse var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten å oppgi noen grunn. Det ble påpekt at jeg var interessert i deres erfaringer og opplevelser, og at det ikke fantes noen riktige eller gale svar. Informasjonsskrivet ble gjennomgått, der det blant annet fremgikk at dataene fra studien ville bli presentert i form av en hovedoppgave, og at de ville bli presentert i anonymisert form. Før lydopptakeren ble startet signerte informantene på samtykkeskjemaet.

Anonymitet og konfidensialitet. I tråd med god etisk skikk (Tjora, 2017), har det gjennom hele arbeidet med denne studien vært viktig for meg å ha et bevisst forhold til informantenes anonymitet. I de innledende fasene med rekruttering av deltakere forholdt jeg meg til dette ved at jeg først kontaktet potensielle informanter direkte, uten mellomledd. Da jeg ble klar over at informanter måtte rekrutteres via helsesykepleiernes ledere, gjorde jeg flere vurderinger for likevel å ivareta anonymiteten. Først og fremst gjorde jeg dette ved å be lederne om flere mulige informanter å velge mellom, slik at de ikke skulle vite nøyaktig hvem jeg tok kontakt med. Med samme begrunnelse valgte jeg i tillegg å inkludere datamaterialet fra en informant som ble intervjuet før jeg ble gjort oppmerksom på at prosjektet måtte godkjennes av Trondheim kommune.

Selve intervjusituasjonen ble også planlagt med hensyn til anonymitet, ved at intervjuene ble gjort individuelt, på den enkelte helsesykepleiers kontor. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som etterpå ble lagret på en minnepinne. Opptakene ble slettet etter at datamaterialet var ferdig analysert. Videre ble all potensiell identifiserende informasjon fjernet under transkriberingen. Dette innebærer at informantenes navn ble erstattet med «HS 1», «HS 2», osv. I beskrivelser av for eksempel konkrete skoler eller bydeler ble navnene erstattet med «skole x» og «bydel y». I rapporten har jeg også utelatt sitater som beskriver

unike spesifikke erfaringer i de tilfellene der det ble vurdert at disse kan identifisere informantene.

Datainnsamlingen

Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer ved hjelp av en intervjuguide. Intervjuene fant sted på informantenes kontor, og de ble intervjuet individuelt. Disse praktiske aspektene ved gjennomføringen kan være essensielt for at informantene skal oppleve en trygg og komfortabel intervjusetting, slik at de blir fortrolige med å fortelle om sine erfaringer og refleksjoner (Tjora, 2017). Hvert av intervjuene hadde en varighet på omtrent 60 til 90 minutter, og ble tatt opp på lydbånd. Lydopptak sikrer at forskeren får med seg det som blir sagt, og at man i intervjusituasjonen kan konsentrere seg om god flyt og kommunikasjon, samt relevante oppfølgingsspørsmål der det trengs (Tjora, 2017). En viktig oppgave for meg som intervjuer underveis i intervjuene var å lytte aktivt til det informantene sa, slik at jeg kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål der det passet seg.

Transkribering

Datamaterialet som er grunnlaget for denne studien er seks semistrukturerte intervjuer på mellom 24 og 35 transkriberte dataskrevne sider (gjennomsnittlig 27 sider). I denne studien er tematisk analyse valgt som analysemetode. I en slik analyse er det ingen regel knyttet til hvilken transkripsjonsmetode som skal benyttes (Braun & Clarke, 2006). Det er likevel nødvendig å ha et grundig transkript, som gir en god oversikt over alle verbale uttrykk. Det viktige er at transkriptet ivaretar den nødvendige informasjonen fra intervjuet, og at det holder seg tro mot det opprinnelige (Braun & Clarke, 2006). Opptakene av intervjuene i denne studien ble transkribert av undertegnede ved at alle verbale uttrykk ble nedskrevet. Transkripsjonene ble utført ganske tett opp til informantenes språk og uttrykksmåter, ved at jeg for eksempel bevarte dialektord og registrerte pauser. Jeg noterte også latter eller andre elementer som jeg anså som relevant for å forstå dynamikken og tonen i det som ble sagt. Dersom det var avbrytelser underveis i intervjuet, for eksempel at noen banket på døra eller telefonen ringte, ble også dette registrert i transkriptet. Stedsnavn, personnavn eller andre uttrykk som jeg vurderte kunne være personidentifiserende ble erstattet med anonymiserte navn/koder.

Ordlyden i sitatene som er presentert i resultatene er endret noe for å gjøre teksten mer leservennlig. Dette innebærer for eksempel at jeg har endret språket til bokmål, og at jeg har lagt til enkeltord i parenteser, for eksempel (jeg), for å gjøre meningsinnholdet mer tilgjengelig for lesere. Av samme grunn har jeg også i noen sitater trukket sammen utdrag av

intervjuet. Dette er markert med (...). Jeg utelot også noen pauselyder, som «hm» og «mm», for å øke leservennligheten. Noen elementer ble også utelatt for å bevare anonymiteten.

Tematisk analyse

Det finnes mange analytiske tilnærminger innenfor kvalitativ forskning (Smith, 2015). De ulike tilnærmingene overlapper noe, men har ulike teoretiske og metodologiske vektlegginger. Målet med en kvalitativ analyse er å gjøre det mulig for en leser av forskningen å få økt innsikt i tematikken som forskes på, uten selv å måtte gå gjennom datamaterialet (Tjora, 2017). Som nevnt er tematisk analyse valgt som analytisk metode i denne studien.

Braun og Clarke (2006) argumenterer for at tematisk analyse bør ses som en grunnleggende metode innenfor kvalitativ forskning, og anbefaler at dette er den første metoden som forskere lærer seg. Dette fordi bruk av tematisk analyse kan gi uerfarne forskere anledning til å tilegne seg grunnleggende ferdigheter som trengs for å gjennomføre god kvalitativ forskning. Denne vurderingen har også bidratt til at tematisk analyse er valgt som metode i denne studien, da undertegnede hadde lite foregående erfaring med å gjennomføre egen kvalitativ forskning ved oppstart av prosjektet. Formålet med å velge en analysemetode som egner seg godt for uerfarne forskere var å legge til rette for at analysen ble utført på en faglig forsvarlig måte, i tråd med metodens retningslinjer.

Fleksibilitet trekkes fram som en av metodens store styrker (Braun & Clarke, 2006). Flexibiliteten kommer av at metoden ikke er bundet til et bestemt teoretisk eller epistemologisk ståsted, slik mange andre kvalitative analysemetoder er. Denne teoretiske friheten innebærer at det ikke er noen bestemt oppskrift som styrer analysen i en tematisk analyse, og at metoden følgelig kan benyttes med utgangspunkt i ulike teoretiske og epistemologiske ståsteder (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse kan benyttes innenfor både essensialistiske og konstruksjonistiske paradigmer innenfor psykologien. Metodens fleksibilitet kan gi rike, detaljerte og komplekse beskrivelser av funnene i en studie. Baksiden ved en slik fleksibilitet er imidlertid at den kan oppfattes som at alt er lov. Dette er bakgrunnen for at Braun og Clarke (2006) kom med en avgrensning av metoden, gjennom klare retningslinjer og anbefalinger for hvordan en tematisk analyse bør gjennomføres. I denne studien har jeg forsøkt å følge disse retningslinjene. Dette innebærer blant annet å ta aktive valg angående det som har blitt gjort i analyseprosessen. I tråd med Braun og Clarkes (2006) retningslinjer vil jeg i det følgende klargjøre epistemologisk og teoretisk forankring for studien, og gjøre rede for hva som har blitt gjort og hvorfor, samt hvordan analysen har blitt

gjennomført. Braun og Clarke (2006) argumenterer for at informasjon om dette er vesentlig for å kunne evaluere forskningen som er gjort, og for at fremtidige studier skal kunne gjøre seg nytte av forskningen som er gjort. Det tilstrebes derfor i denne studien å beskrive prosessen i tilstrekkelig detalj.

Epistemologisk og teoretisk forankring. Selv om man som forsker ikke kan frigjøre seg helt fra epistemologiske og teoretiske ståsted, har jeg i denne analysen tilstrebet å ha en induktiv tilnærming. En induktiv forskningsprosess innebærer at man jobber fra data mot teori, i motsetning til i en deduktiv forskningsprosess, der man jobber med dataene ut i fra et teoretisk ståsted (Tjora, 2017). Det innebærer at analysen har vært datadrevet. Jeg har kodet dataene uten å forsøke å få det til å passe til en allerede eksisterende teoretisk ramme, uten klare forventninger til hva jeg skulle finne. Hensikten med dette har vært å unngå at kunnskap om tidligere funn eller teoretiske ståsteder skulle påvirke hva jeg la merke til i datamaterialet. På denne måten ville jeg legge til rette for at jeg lettere skulle kunne oppdage funn i datamaterialet som skilte seg fra allerede eksisterende litteratur.

Gjennomføring av analysen. Braun og Clarke (2006) gir i sin artikkel retningslinjer for tolkning av kvalitativt datamateriale. Disse retningslinjene består av seks ledd som til sammen utgjør analyseprosessen. De påpeker samtidig at retningslinjene skal være nettopp det: de er ikke regler, og det vil være hensiktsmessig å benytte retningslinjene på en fleksibel måte, tilpasset forskningsspørsmålene og datamaterialet. Analysen er ikke en lineær prosess der man går fra et steg til neste, men heller en prosess der man beveger seg frem og tilbake mellom stegene etter behov (Braun & Clarke, 2006). Prosessen utvikler seg over tid, og bør ikke forhastes (Braun & Clarke, 2006). Dette har også blitt prioritert i denne studien. Det har vært viktig å bruke god tid på analysen for å tilstrebe et sluttprodukt som på en tydelig og sannferdig måte formidler og fortolker informantenes refleksjoner.

Fase 1: Bli kjent med data. Første steg i Braun og Clarkes (2006) retningslinjer er å gjøre seg godt kjent med alle sider ved datamaterialet gjennom ulike former for befatning med datamaterialet. De foreslår at prosessen med å gjøre seg kjent med materialet begynner allerede ved datainnsamlingen, og fortsetter videre med transkribering og gjentatt aktiv gjennomlesning av transkripsjonene i sin helhet. Det at jeg gjennomførte samtlige intervjuer selv var derfor et viktig første ledd i analysen, da det ga meg førstehånds kjennskap til innholdet. Videre var transkriberingen et viktig ledd i å utvikle en gjennomgående forståelse av materialet, i tråd med Braun og Clarkes (2006) anbefalinger. Noen forskere hevder også at transkriberingen bør ses som en nøkkelfase i dataanalysen innenfor fortolkende kvalitativ metodologi, og anerkjennes som en fortolkende handling, der mening skapes, heller enn

utelukkende å se dette som en mekanisk prosess der talte ord omsettes til skrevne (Lapadat & Lindsay, 1999, i Braun & Clarke, 2006). Etter at samtlige transkripter var utarbeidet fortsatte prosessen med å gjøre seg godt kjent med materialet gjennom gjentatt lesning av disse. Ved første lesning ble det ikke forsøkt å danne koder, men målet var å lese på en aktiv måte, som innebar søk etter meninger, mønstre og lignende i materialet underveis i lesningen. Selv om det er tidkrevende, anbefaler Braun og Clarke (2006) at man leser gjennom *hele* datamaterialet, og motstår fristelsen til å hoppe over deler som man tenker er irrelevant for analysen. Dette fordi denne lesningen er en viktig grunnstein for resten av analysen. Det har også blitt gjort i denne analysen. Som et ledd i å gjøre seg kjent med datamaterialet ble det også formulert en oppsummering av hvert enkelt transkript, der formålet var å få tak i tekstens mening. Med andre ord forsøkte jeg i hvert enkelt transkript å forstå hva akkurat denne informanten ville formidle. Etter at hvert transkript ble gjennomgått på denne måten, ble det også formulert en forståelse av alle intervjuetekstene under ett, for å få et samlet helhetlig inntrykk av helsesykepleiernes refleksjoner.

Fase 2: Innledende koding. Etter en innledende fase med å gjøre seg kjent med materialet, fortsatte analyseprosessen i fase to med generering av koder (Braun & Clarke, 2006). Koder er korte beskrivelser av små tekstutdrag (Howitt, 2010), og identifiserer et trekk ved datamaterialet som fremstår interessant for analytikeren (Braun & Clarke, 2006). Dette innebærer en prosess der datamaterialet organiseres i meningsfulle grupper. Innledningsvis ble dette gjort ved å gjennomlese utskrifter av samtlige transkripter, mens jeg samtidig noterte ned mulige koder som kunne beskrive tekstutdragene. Videre ble softwareprogrammet «Mindjet MindManager» benyttet i kodeprosessen. Med dette programmet som verktøy ble det laget tankekart der sammenhenger mellom ulike tekstutdrag, koder og mulige tema ble utarbeidet. Det ble tilstrebet å følge Braun og Clarkes (2006) anbefalinger om å jobbe systematisk gjennom hele datamaterialet i denne fasen av analysen, slik at alle utdrag ble organisert og gitt koder i tankekartet. Det ble også tilstrebet å inkludere tilstrekkelig data i et kodet utdrag til at konteksten av det ble ivaretatt. Dette for å unngå at konteksten av informantenes refleksjoner forsvant, noe som er en vanlig kritikk av koding av datamaterialer (Braun & Clarke, 2006). I denne fasen ble også interessante aspekter ved dataene identifisert og registrert for videre analyse som mulige grunnlag for gjentatte mønstre (tema).

Fase 3: Søk etter temaer. Braun og Clarke (2006) beskriver at fase tre involverer en begynnende utvikling av tema, som inneholder en fortolkende analyse av dataene. Kodene analyseres og det vurderes hvordan ulike koder kan kombineres til å danne et overordnet tema. Også i denne fasen ble det benyttet tankekart som verktøy for å strukturere og utforske

mulige sammenhenger. I denne studien ble det også påbegynt en skriveprosess i denne fasen, som et hjelpemiddel for å utvikle en større klarhet i hvordan ulike koder og tema best kunne plasseres i forhold til hverandre. Dette reflekterer også hvordan man i tematisk analyse som nevnt innledningsvis kan bevege seg mellom ulike steg i analyseprosessen.

Fase 4: Gjennomgang av temaer. En viktig del av fjerde fase var å gjennomgå aktuelle tema, og finjustere disse. I denne fasen er det viktig å vurdere «intern homogenitet og ekstern heterogenitet» (Braun & Clarke, 2006). Dette innebar å undersøke om data innad i temaene var relatert til hverandre på en meningsfull måte, og at det var klare og identifiserbare forskjeller mellom temaer. Noen tema ble i denne fasen utelatt som følge av at det ble funnet å ikke være et tema, mens andre tema ble smeltet sammen. Underveis i analyseprosessen ble for eksempel temaet «samarbeid» og temaet «tverrfaglighet» slått sammen, da det ble vurdert at temaet samarbeid ikke tilførte noe nytt. Temaet «komplekse saker kan håndteres av helsesykepleier» ble også kuttet ut, da det ble vurdert at essensen av dette bedre kom fram under temaet «effektiv ressursutnyttelse». I denne fasen ble også samtlige transkripter gjennomlest på nytt, for å utforske om temaene passet til datamaterialet ved ny gjennomlesning. I tillegg ble det ved ny gjennomlesning lett etter eventuell tilleggsinformasjon som hadde blitt oversett i tidligere koding, slik Braun og Clarke (2006) anbefaler.

Fase 5: Definere essensen av tema. I fase fem ble essensen av hvert enkelt tema definert. Det innebar en konkretisering av hva som var interessant i dette temaet, og hvorfor det var interessant. Det var viktig å sette ord på hva temaet inneholdt, og hva det ikke inneholdt. I tillegg ble temaene plassert inn i den større historien som rapporten ønsket å formidle som svar på forskningsspørsmålene. Det ble utforsket om noen av temaene bestod av undertema, som en måte å strukturere et komplekst bilde på.

Fase 6: Ferdigstillelse av resultater i rapport. Den sjettede og avsluttende fasen i tematisk analyse, slik Braun og Clarke (2006) beskriver det, er å skrive en rapport av funnene. Målet i rapporten er å formidle et komplekst datamateriale på en måte som overbeviser leseren om at analysen er god og valid. Dette har blitt tilstrebet i denne prosessen. Braun og Clarke (2006) sier at rapporten bør gi en konsis, sammenhengende, logisk, ikke-repetitiv og interessant beretning av historien som datamaterialet forteller, noe som har vært et mål i denne studien. Inkluderte utdrag i rapporten er nøye utvalgt med den hensikt å vise sitater som fanger essensen av de relevante poenger, uten unødvendig kompleksitet. I tillegg til å

formidle datamaterialet har det vært et mål å formidle en overbevisende fortolkning av materialet relatert til forskningsmaterialet, slik Braun og Clarke (2006) anbefaler.

I dette kapitlet har jeg gjort rede for ulike forskningsanalytiske og metodiske valg som er tatt i arbeidet med denne studien. Målet med dette har vært å opptre transparent med tanke på hva som har blitt gjort, slik at leseren kan danne seg et bilde av hva som ligger til grunn for de resultatene som presenteres i neste kapittel.

Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene av analysen. I delkapittel 4.1. besvares første forskningsspørsmål, som er «*Hvordan samarbeider helsesykepleiere i skolehelsetjenesten med kommunepsykologer?*». Deretter, i delkapittel 4.2., presenteres funn som besvarer andre forskningsspørsmål, som er «*Hvordan beskriver helsesykepleierne betydningen av sine samarbeidspraksiser?*», etterfulgt av delkapittel 4.3, der det redegjøres for funn knyttet til tredje forskningsspørsmål, som er «*Hvordan forklarer helsesykepleierne sin egen samarbeidspraksis?*». Det er sentralt å presisere at denne studien ikke søker å presentere kvantifiserbare funn. Svarene på forskningsspørsmålene som presenteres her er derimot basert på en analyse av seks helsesykepleieres opplevelser og refleksjoner omkring samarbeid med psykologer i Barne- og familietjenesten i Trondheim kommune. Det har vært et mål å presentere et variert og nyansert bilde av samarbeidserfaringer blant et utvalg av helsepersonell i skolehelsetjenesten. Derimot har det ikke vært et mål å utvikle kunnskap om hvordan helsesykepleiere *flest* erfarer samarbeid.

Hvordan samarbeider helsesykepleiere i skolehelsetjenesten med kommunepsykologer?

I datamaterialet fremkommer det et nyansert bilde av samarbeid mellom helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og psykologer i barne- og familietjenesten. Mens noen informanter uttrykker at de samarbeider svært lite med psykologer, forteller andre at de har vært engasjert i prosjekter der de har hatt tett kontakt med psykolog. Det ser med andre ord ut til å være store forskjeller innad i kommunen når det kommer til både innhold og omfang av samarbeid mellom helsesykepleiere i skolehelsetjenesten og psykologer i barne- og familietjenesten. Dette på tross av at helsesykepleierne er ansatt under samme lovverk og med det samme mandatet. Analysen har ført til to tema som svar på forskningsspørsmålet «*Hvordan samarbeider helsesykepleiere i skolehelsetjenesten med kommunepsykologer?*». Disse er Samarbeid om enkeltbarn og familier og Varierende omfang av samarbeid. I det følgende vil jeg gjøre nærmere rede for disse.

Samarbeid om enkeltbarn og familier. Et tydelig funn i datamaterialet er at helsesykepleier og psykolog kan ha kontakt med hverandre i forbindelse med at et barn eller en familie ved skolen har behov for psykisk helsehjelp. Da er det helsesykepleieren som gjennom sitt arbeid har fått kunnskap om at noen trenger hjelp og støtte. I noen slike situasjoner vil helsesykepleier vurdere at det er hensiktsmessig å involvere psykologen i en eller annen form. Kontakten med psykologen kan opprettes ved at helsesykepleieren tar kontakt med psykologen direkte, eller ved at hun tar opp saken til drøfting i barne- og

familietjenestens fastsatte tverrfaglige møter. Dette er et forum der ansatte med ulike fagbakgrunner møtes for å drøfte saker.

Det ser særlig ut til å være aktuelt å involvere psykologen når helsesykepleier arbeider med psykologiske problemstillinger der et barn eller en familie har sammensatte utfordringer. Psykologen bistår i slike saker med psykologfaglig kompetanse. Dette kommer til uttrykk gjennom at psykologen veileder helsesykepleieren på ulikt vis, for eksempel i samtaler mellom helsesykepleier og psykolog, ved deltakelse i møter med familier og andre relevante aktører (som for eksempel lærere på skolen), eller ved at de samarbeider om vurderinger på bakgrunn av kartlegginger som helsesykepleieren har gjort i en sak. I følgende sitat av helsesykepleier 3 belyses dette:

Så kan jeg sitte med en unge, for eksempel, som jeg definerer til at det kan være normal angst, normal redsel, komme over noe, sant ja, og gi dem noen verktøy. Men med en gang jeg tenker at nei vet du, at her trenger de noe mer enn meg, eller jeg trenger å rådføre meg med noen, så kan jeg enten ringe eller sende en melding: jeg trenger å snakke med deg.

Helsesykepleier 3 beskriver her at hun kontakter psykologen dersom hun trenger å rådføre seg med noen, eller dersom hun vurderer at det er behov for annen kompetanse. Hvordan råd og veiledning gis, og på hvilke typer tematikk, ser imidlertid ut til å variere mellom de ulike informantene. Helsesykepleier 6 forteller for eksempel at hun kan samarbeide med psykologen når mulige løsninger i en sak skal vurderes:

Så møtes vi, så hjelper (psykolog) meg med å analysere kartleggingen for eksempel. (...) da er det ofte når jeg har kartlagt for eksempel angst da. Scared eller humøret i forhold til nedstemthet eller, i forhold til traume, så føler liksom, hvor er jeg her nå, stemmer det som de svarer her og samtalen, er det samsvar på det. Da har jeg drøfta med psykolog. Det har jeg kommet fram til her nå, og se litt på løsninger sammen. Da har jeg kommet dit at jeg må drøfte med en psykolog.

Dette er et eksempel på at psykologkompetansen benyttes til å samarbeide om vurderinger i etterkant av at helsesykepleier har kartlagt en sak. En annen informant forteller på sin side at hun har rådført seg med psykologen underveis i et arbeid. Helsesykepleier 2 sier det slik:

Det kunne være for eksempel hvis det er veldig vanskelig å få en samtale med et barn. Så kan jeg henvende meg; «jeg synes dette er kjempe vanskelig, har du noen tips og råd? Jeg får ikke hull på noen ting her, jeg får liksom ikke i gang samtalen». Da har jeg fått lånt samtaleverktøy for eksempel, og litt råd og snakke litt rundt det og.

Dette illustrerer at helsesykepleieren kan få verktøy, råd og veiledning fra psykologen, med mål om at helsesykepleieren kan gi barnet den hjelpen det trenger. Noen ganger vurderes det

imidlertid at det er behov for en annen type kompetanse enn den helsesykepleieren har. I denne vurderingen kan det være nyttig å ha med seg psykologen på en avklaringssamtale, noe helsesykepleier 1 beskriver slik:

Så hender det seg hvis jeg er veldig usikker at jeg ringer en av psykologene hos oss, vet du, kan du ikke være med meg på en avklaringssamtale med den og den og den. Også da er det sjelden du får nei, da bruker de å være veldig fleksibel der. At de er med på å liksom si hva de tenker er veien videre.

Dette sitatet belyser at psykologens veiledende funksjon også brukes av helsesykepleieren direkte i samtaler med familier, der målet noen ganger er å avklare hvilken hjelp som er mest hensiktsmessig videre. Utfallet av en slik avklaringssamtale kan være at psykologen overtar saken, noe helsesykepleier 3 også belyser:

Noen ganger når jeg vil være med og vil ha gjort en vurdering, så kan jeg tenke at hm her tror jeg at jeg innkaller foreldre, og så innkaller jeg (navn psykolog), og så tar vi en prat sammen (...) Så noen ganger finner vi ut at ok, den tar hun over, den fortsetter. Og så har vi et sånt samarbeid. Jeg synes det er veldig bra.

Med andre ord kan psykologen utøve en veiledende rolle både direkte i samtale med helsesykepleieren alene, eller i møter med for eksempel helsesykepleieren og familien. Dette illustrerer at psykologen kan være et nyttig hjelpemiddel noen ganger når helsesykepleier arbeider med en familie, og at innholdet i kontakten mellom psykologen og helsesykepleieren varierer. Felles er imidlertid at psykologen oppleves som en nyttig ressurs når helsesykepleier har behov for råd og veiledning i arbeid med en sak.

I tillegg til at samarbeidet med psykolog varierer fra sak til sak, fremkommer det også i datamaterialet at samarbeidsformen mellom helsesykepleieren og psykologen kan variere over tid i arbeid med en enkeltsak. Dette beskrives slik av helsesykepleier 5, i refleksjoner omkring tverrfaglige drøftingsmøter:

Da kommer de (psykologene) med konkrete råd og ja. Og noen ganger så får vi jo råd fra psykologen, og vi kommer tilbake til skolene våre og jobber litt videre, og så kan vi ta saken inn igjen. Eller bestemme oss for at vi prøver noen ganger, og hvis det ikke fungerer så sender vi tilmelding da.

Dette viser hvordan denne informanten benytter seg av psykologens kompetanse på ulikt vis over tid i arbeid med en sak. I første omgang ved at helsesykepleier i et tverrfaglig møteforum får råd og innspill som kan hjelpe helsesykepleier videre i arbeidet. Dersom dette ikke fører til ønsket resultat kan helsesykepleier ta opp saken til drøfting på nytt, eller helsesykepleieren kan sende en tilmelding (henvisning) til barne- og familietjenesten i den aktuelle bydelen. Dette innebærer at psykologen kan komme til å overta ansvaret for saken.

Variierende omfang av samarbeid. Det ser ut til at det er store variasjoner når det kommer til hvordan og hvor mye helsesykepleier og psykolog samarbeider i skolehelsetjenesten. Et funn er at noen helsesykepleiere har vært engasjert i konkrete prosjekter der de har samarbeidet tett med psykolog. Dette tyder på at arbeidsoppgavene varierer fra helsesykepleier til helsesykepleier, og at også innholdet og omfanget av deres samarbeidserfaringer med psykolog varierer deretter. Disse forskjellene kan ha ulike forklaringer, som for eksempel vurderinger som gjøres på ledelsesnivå, der enkelte helsesykepleiere blir pålagt å jobbe med bestemte prosjekter. I tillegg kan den enkelte helsesykepleiers unike kompetanse og engasjement påvirke hvordan hun samarbeider med psykologen. Datamaterialet tyder også på at noen helsesykepleiere og psykologer velger å prioritere et tettere samarbeid, på tross av at ressursene er knappe. Av hensyn til informantenes anonymitet har jeg valgt å unnlate sitater som illustrerer disse unike erfaringene.

Mens noen informanter har fortalt om prosjekter der de i perioder har samarbeidet tett med psykolog, peker andre informanter på at de har lite samarbeid med psykologer i barne- og familietjenesten. Helsesykepleier 2 beskriver for eksempel dette:

Men det er jo veldig vanskelig å få innpass der (til psykolog i BFT) da. De har ganske mye å gjøre, lange ventelister. Så det er ikke så lett med psykolog. Så jeg har ikke så mye samarbeid med psykologer. Det har vært et litt vanskelig kapittel (...) Så når jeg så det der med samarbeid med psykologer, så bare kjenner jeg at har jeg ikke så mye å si, men jeg har nå det å si om det, og det er nå ganske stort det, tenker nå jeg.

Her fremkommer det en opplevelse av at det er vanskelig å få innpass hos psykologene, som følge av at psykologen har mye å gjøre. Konsekvensen av dette er at denne informanten i liten grad samarbeider med psykologer. En annen informant påpeker at hun opplever at det er lett å opprette kontakt med psykologen, men at de er lite tilgjengelig for å gå inn i saker. Dette kan tyde på at psykologen oppleves som tilgjengelig for enkelte typer samarbeid, som for eksempel for å drøfte eller veilede helsesykepleier i saker. Samtidig er det andre typer samarbeidsoppgaver som psykologen ikke er tilgjengelig for, men som helsesykepleieren hadde ønsket at psykologen var mer tilgjengelig for. Helsesykepleier 3 beskriver dette:

Jeg skulle jo gjerne ha brukt dem mer. Og når jeg sier at de er lett tilgjengelig så betyr ikke det at dem, det betyr jo forså vidt ikke at de er lett tilgjengelig, til å gå inn i saker. Men, så de burde absolutt ha vært flere.

Oppsummert indikerer denne analysen at det er forskjeller mellom helsesykepleiere i skolehelsetjenesten når det kommer til hvordan og hvor mye de samarbeider med psykolog. Dette tyder på at psykologene overordnet kan beskrives som et verktøy helsesykepleier kan benytte seg av på ulikt vis i ulike sammenhenger, i kraft av at psykologene har en spisskompetanse på psykologi. I så måte utgjør psykologene en ressurs for helsesykepleier. Mer spesifikt er psykologen en mulig håndteringsstrategi som helsesykepleier kan ta i bruk i komplekse saker. Denne strategien innebærer at psykologen kan kontaktes av helsesykepleieren for å få råd og innspill, eller psykologen kan ta over ansvaret for en sak når det vurderes at det er hensiktsmessig at psykologen fortsetter arbeidet med den. Det er imidlertid variasjoner mellom informantene når det kommer til hvordan denne ressursen brukes.

Hvordan beskriver helsesykepleierne betydningen av sine samarbeidspraksiser?

Generelt uttrykte samtlige informanter i denne studien at de hadde positive erfaringer med å samarbeide med psykologer i barne- og familietjenesten. Med unntak av en informant som beskrev at tverrfaglige drøftingsmøter kunne oppleves som ineffektiv ressursbruk, beskrev informantene at de ikke hadde noen negative erfaringer med det å samarbeide med psykologer. Flere trakk samtidig fram at det eneste negative var at ressursene er knappe, og at de skulle ønske at de kunne samarbeide mer med psykologer enn det de gjorde. På bakgrunn av dette har jeg valgt å presentere funn knyttet til hvordan helsesykepleierne beskriver betydningen av å samarbeide med psykologer når slike samarbeid fungerer.

Et hovedfunn er at samarbeid mellom helsesykepleiere og psykologer oppleves å kunne øke kvaliteten på arbeidet som gjøres i skolehelsetjenesten for å ivareta barns psykiske helse. Det er flere sider ved dette, som kan oppsummeres i følgende tema: Tverrfaglighet, Kompetanseheving, Helsesykepleierens trygghet, og Effektivitet. I det følgende vil jeg gjøre nærmere rede for disse.

Tverrfaglighet. Først og fremst tyder datamaterialet på at samarbeid mellom helsesykepleier og psykolog bidrar til tverrfaglighet. Det ser ut til at tverrfagligheten på ulike måter bidrar til å øke den faglige kvaliteten på arbeidet som gjøres i skolehelsetjenesten. Informantene trekker frem at tverrfagligheten både innebærer at man får flere perspektiv i en sak, og at man får nye perspektiv. Helsesykepleier 6 beskriver det at man får flere perspektiv når man jobber tverrfaglig slik:

Det er jo det som er så bra med de forskjellige kompetansene vi har, at man får flere perspektiv da.

Det ser ut til at de ulike fagkompetansene oppleves å være nyttig i arbeidet, fordi personell med ulik fagbakgrunn bidrar med ulike måter å forstå og håndtere en problemstilling på. Helsepsykeleier 3 tematiserer også dette, i en beskrivelse av hvordan det er å samarbeide med psykolog direkte i møter med familier:

Og så er det jo sånn at jeg sier ting på min måte, psykologer sier det på sin måte, og så utfyller vi hverandre, tenker jeg mange ganger.

Dette sitatet indikerer at det oppstår en utvidet kunnskap når de to faggruppene jobber sammen. Det beskrives at helsepsykeleiere kan forklare noe på en måte mens psykologer kan forklare det samme på en annen måte, og at de utfyller hverandre. Dette kan tyde på samarbeid mellom helsepsykeleier og psykolog bidrar til at de selv kan forstå en sak på en mer utfyllt og nyansert måte, i tillegg til at de blir bedre i stand til å formidle denne forståelsen til andre relevante aktører, som for eksempel familien eller lærere. Det kan tenkes at tverrfagligheten bidrar til en mer helhetlig forståelse av vanskene til et barn, og at det er en forventning om at dette vil øke sannsynligheten for at man tilbyr barnet eller familien riktig type hjelp. I tillegg til at tverrfaglighet innebærer flere perspektiver i arbeid med en sak, beskriver noen informanter at tverrfaglighet også innebærer at *nye* perspektiver belyses. Helsepsykeleier 3 beskriver psykologens rolle i et tverrfaglig samarbeidsmøte slik:

Hvis jeg har sittet med foreldre da mange ganger, og inviterer til et møte med lærer og alt mulig, så sier jeg at nå ønsker jeg, skulle hatt med (psykolog) inn for å få det blikket og så videre, så kommer han jo inn som en ekspertise som er tatt inn. Så sånn er det jo.

Her beskriver informanten at psykologen deltar i møter med et annet blikk enn det helsepsykeleier selv har; et blikk som kommer av at han har en spisskompetanse innenfor psykisk helse. Dette tyder på at det er en opplevelse av at bruk av psykologer øker den faglige kvaliteten i arbeid med psykisk helse i skolehelsetjenesten. Denne opplevelsen illustreres også i følgende sitat av helsepsykeleier 4, i en beskrivelse av hvordan det oppleves når psykologkompetansen *ikke* er tilgjengelig i en sak:

Men det største problemet er jo der jeg (...) tilmelder og så blir man sittende med det likevel. Det skjer jo. Enten sånn at man får det i retur eller at det er lang ventetid. Det kan være ganske heftig altså, det kan være veldig frustrerende. For det er så frustrerende både for unge og foreldre. Mye fortvilelse og. Ser at det kanskje er, det er ikke nok det som jeg kan gjøre da, sant.

Helsepsykeleier 4 beskriver her at det kan oppleves svært frustrerende når hun har forsøkt å sette en familie i kontakt med psykologen uten at det får gjennomslag. Dette oppleves

fortvilende og frustrerende for familiene, og det er også frustrerende for helsesykepleieren. Fravær av psykologkompetanse der det trengs er belastende fordi en slik situasjon vil kunne medføre at en familie ikke får den hjelpen som den har behov for.

Kompetanseheving. Et annet funn er at muligheten for å bli veiledet av en psykolog øker helsesykepleierens kompetanse. Følgende sitat av helsesykepleier 5 illustrerer dette:

Jeg tenker at vi helsesøstre kan få et godt oversiktsbilde, og vi kan gi litt råd og veiledning på sånn vanlig nivå, men så tenker jeg at man som psykolog kan spisse, og de gjør oss jo gode på en måte når de veileder, nå er det lurt å tenke litt sånn nå, for nå har du funnet ut litt om det.

I dette sitatet beskriver informantene sin forståelse av de ulike faggruppenes unike kompetanser. I tillegg beskriver hun hvilken effekt hun opplever av at psykologkompetansen benyttes til å veilede helsesykepleieren. Effekten er at det øker kvaliteten på arbeidet som helsesykepleieren gjør. I følgende sitat av helsesykepleier 5 beskriver hun hvordan det kan oppleves når psykologen er tilgjengelig for å drøfte og gi råd over telefon:

Og bare få litt støtte. Det var en gang jeg skulle snakke med noen foreldre, jeg visste jo ikke helt hva foreldrene ville møte meg for, så da tok jeg en telefon. (...) Så fikk jeg bare noen få sånne stikkord, og det er liksom nok til at man møter familien og tar det derifra.

Her beskriver informantene en situasjon der hun erfarte at en samtale med psykologen over telefon hadde positiv innvirkning på hvordan hun håndterte en sak.

Helsesykepleiers trygghet. Et annet funn er at tilgang på kolleger med en annen fagkompetanse i barne- og familietjenesten bidrar helsesykepleiers trygghet i arbeidshverdagen. Tryggheten er tosidig. Det ene er at helsesykepleieren har noen å dele ansvaret med i utfordrende arbeid. Det andre er at helsesykepleieren vet at hun har tilgang til den nødvendige kompetansen for å løse arbeidsoppgavene sine. Helsesykepleier 2 beskriver hvordan det er å ha noen å dele ansvaret med, i refleksjoner omkring et tverrfaglig drøftingsmøte:

Så hvis jeg står overfor noe, at jeg vil ha litt mer støtte og hjelp, hva gjør jeg videre, så ringer jeg bare til koordinator, og så får jeg tidspunkt. (...) så tar jeg opp det der. (...) Så det er en trygghet da på en måte, så man slipper nettopp det du spurte om i sted, du sitter der og avgjør alt selv.

Her fremkommer det en opplevelse av at det å få støtte og hjelp når man er usikker i en sak gir en trygghet. Tryggheten kommer av at man slipper å ta alle avgjørelser på egen hånd, da det er flere å fordele ansvaret på. Helsesykepleier 3 beskriver på sin side hvordan det er en trygghet å vite at en har tilgang til fagpersonell med en type kunnskap som hun noen ganger har behov for i sitt arbeid. Dette tematiseres slik:

Selv om de (psykologene) ikke er så mye med meg, så vet jeg at jeg har muligheten til å diskutere, jeg vet at jeg har muligheten til å ta opp saker når de er til stede, og jeg kan ringe, så de er veldig viktig.

Helsesykepleier 3 forteller her at bare det å vite psykologene de er der hvis hun trenger dem, er betydningsfullt. Dette kan forstås som at psykologene utgjør et verktøy som helsesykepleier vet at hun kan ta i bruk dersom det blir behov for det. Det er en trygghet at hun vet hvordan hun kan gå frem for å gi riktig hjelp når det er behov for en annen type kompetanse enn den hun selv har. Helsesykepleier 4 beskriver også tryggheten det er å vite at hun kan konferere med noen:

Det er sånn trygghet å vite at jeg kan snakke med noen som har en, en annen type kunnskap da, som jeg etterspør i enkelte situasjoner, sant. Det er en trygghet å vite at det går an å konferere med.

Effektiv ressursutnyttelse. Et funn er at noen former for samarbeid mellom psykolog og helsesykepleier oppleves som en effektiv måte å utnytte tilgjengelige ressurser på. Dette utdraget fra intervjuet med helsesykepleier 6 illustrerer en side av dette:

Så møtes vi, så hjelper (psykolog) meg med å analysere kartleggingen for eksempel. Vi går sammen to og to og ser på kartleggingen sammen, det er effektivt da, synes jeg.

Dette sitatet viser hvordan effektivitet fremheves som en fordel ved det at psykologen og helsesykepleieren samarbeider om noen arbeidsoppgaver. Dette kan være et uttrykk for at helsesykepleieren er opptatt av å utnytte ressursene i barne- og familietjenesten på en mest mulig effektiv måte, da ressursene er knappe. Psykologen blir med andre ord en ressurs som drøftingspartner fordi det fører til mer effektiv bruk av tilgjengelig arbeidskraft i barne- og familietjenesten, noe som igjen kan tenkes å føre til at barn og familier raskere får den hjelpen og støtten som de har behov for. Også et sitat av helsesykepleier 5 tyder på at samarbeid med psykologer kan føre til mer effektiv ressursutnyttelse. Dette er knyttet til at muligheten for å samarbeide med en psykolog påvirker hva slags saker helsesykepleieren håndterer:

For det er ganske sammensatte og vanskelige saker vi får, enten på døra eller på telefon, vi lager møter med foreldrene. Det kan være ganske så komplisert. Og det tror jeg blir vanskelig hvis vi ikke skal kunne samarbeide med psykologen.

Her fremkommer det en opplevelse av at samarbeid med psykolog er vesentlig for at helsesykepleieren skal kunne arbeide med sammensatte problemstillinger på en god måte. Dette kan indikere at muligheten til å samarbeide med psykolog bidrar til at helsesykepleiere kan håndtere saker som ellers måtte blitt håndtert av andre instanser, eller som ellers hadde blitt håndtert på en mindre hensiktsmessig måte. Dette kan tyde på at samarbeidet mellom

psykolog og helsesykepleier bidrar til mer effektiv ressursutnyttelse, fordi styrking av helsesykepleier fører til at man oftere unngår å måtte bruke mer ressurskrevende behandlingsformer eller tiltak.

Behovet for å utnytte tilgjengelige ressurser på en mest mulig effektiv måte kommer også til uttrykk hos helsesykepleier 4. I hennes refleksjoner omkring tverrfaglige drøftingsmøter illustreres det imidlertid at rammene for drøfting mellom helsesykepleier og psykolog kan ha betydning for hvorvidt drøftingen oppleves som hensiktsmessig utnyttelse av ressursene:

Nei altså jeg synes det er, jeg synes det er sløsing med ressurser rett og slett. Det fremstår sånn for meg da. (...) bortkasta er det ikke, men at det er så mye folk som sitter i et forum, eh, og hvor det da ikke er, ja. Ehm, de kunne kanskje vært litt mer ehm, på. Hatt en mer aktiv rolle.

Dette tyder på at det ikke er alle former for samarbeid som oppleves like nyttig. Beskrivelsen som denne informanten gir kan være et uttrykk for at hun opplever at utfallet av slike drøftingsmøter ikke rettferdiggjør ressursbruken som et slikt bredt tverrfaglig forum krever. Oppsummert tyder analysen på at samarbeid med personell som har en annen fagbakgrunn enn ens egen er verdsatt blant informantene. Årsaken til dette er opplevelsen av at slik tverrfaglighet medfører at kvaliteten på arbeidet som gjøres blir bedre, i tillegg til at det er en effektiv måte å utnytte de tilgjengelige ressursene på.

Hvordan forklarer helsesykepleierne sin egen samarbeidspraksis?

Analysen så langt har vist at samarbeid mellom helsesykepleieren og psykologen kan ha mange positive effekter, først og fremst ved at det hever kvaliteten på arbeidet som gjøres med psykisk helse i skolen. I tillegg har analysen vist at det er stor variasjon i samarbeidets omfang og innhold blant helsesykepleierne. I det følgende gjøres det rede for hvordan helsesykepleierne forklarer sin egen samarbeidspraksis. Mer spesifikt omhandler dette hva som påvirker hvor mye og hvordan de samarbeider med psykologer i barne- og familietjenesten.

Analysene antyder at informantene trekker frem flere organisatoriske elementer i forståelsen av sine egne samarbeidspraksiser. Det innebærer at rammer rundt arbeidet kan påvirke hvor mye helsesykepleiere og psykologer samarbeider, og hva de samarbeider om. Analysen har identifisert seks tema. Disse er Ressursknapphet, Psykologens ansettelsessted, Formelt inkludert fagpersonell i skolehelsetjenesten, Treffpunkt, Synlighet for hverandre, og Henvisningspraksis. I det følgende vil jeg gjøre nærmere rede for disse organisatoriske

faktorene som informantene har trukket fram som betydningsfulle for deres samarbeidspraksiser.

Ressursknapphet. Et tydelig funn i datamaterialet er at knappe ressurser kan påvirke samarbeidspraksisene mellom helsesykepleierne og psykologene. Helsesykepleier 5 beskriver dette slik:

Jeg tenker at det er mye vi kan gjøre på lavterskel som helsesøster, men samtidig så er det absolutt behov for mye mer psykologressurs. Jeg tenker at det hadde vært veldig nyttig. For jeg ser at det er veldig fint å jobbe sammen.

Det fremgår her en opplevelse av at psykologressursen er knapp, noe som medfører at de samarbeider mindre enn denne informanten ønsker. Det tyder på at informanten har en antakelse om at psykologen og helsesykepleieren i skolehelsetjenesten hadde samarbeidet mer dersom det hadde vært ansatt flere psykologer i kommunale stillinger tilknyttet skolehelsetjenesten. I tillegg til at knappe ressurser kan påvirke *omfanget* av samarbeid, ser det også ut til at ressursknapphet kan påvirke *innholdet* i det samarbeidet som er. Dette belyses av helsesykepleier 5 slik:

Det blir jo sånn at man sitter i det lengste, med å spørre og tilmelde også, for jeg vet jo at de (psykologene) er pressa.

Her beskriver informanten at hun prioriterer hvordan hun samarbeider på bakgrunn av at hun vet at psykologene har en høy arbeidsbelastning. Dette tyder på at psykologen oppleves som en knapphetsressurs, og konsekvensen av det er at helsesykepleiere benytter ressursen med forsiktighet. Det kan innebære at psykologen som oftest involveres i saker som helsesykepleieren allerede har jobbet med over tid. Det kan også innebære at helsesykepleieren velger å forbeholde samarbeid med psykologen til de mest komplekse sakene. På den måten vil helsesykepleierens opplevelse av ressursknapphet ha en direkte innvirkning på hva psykologen og helsesykepleieren samarbeider om.

Det er imidlertid ikke bare knapphet på psykologressurser i skolehelsetjenesten. Overordnet tyder refleksjoner fra informantene i studien på at ansatte i helsetjenestene generelt har en høy arbeidsbelastning. Min analyse tyder på at det å velge effektive og ressursbesparende løsninger blir viktig for flere av informantene som følge av denne ressursknappheten. En konsekvens av dette kan være at tverrfaglige samarbeid nedprioriteres, fordi denne arbeidsformen er mer ressurskrevende enn andre alternativ. Helsesykepleier 4 beskriver det slik:

(...) vi har andre muligheter enn psykolog også (ler). Vi henviser i like stor grad til andre (...) vi henviser til OBU. Og det tror jeg var fordi det var så innmari lang ventetid på familietiltak. Så når vi oppdaga det tilbudet på OBU, så var det de som fikk det. Og det som er så synd med det vet du, der har vi ikke det samme samarbeidet. Sant, for da slipper vi jo de sakene. Ja. Da går de der. Det er i veldig liten grad det, at de kontakter oss for samarbeid altså. Men jeg har inntrykk av at familiene får veldig god hjelp (...) OBU er jo veldig lavterskel og, familier kan jo henvende seg der selv og, sant. Vi slipper pap, det er et poeng også, vi slipper papirmølle på det der. Ja. Det er en telefon det, og så tar de over. Det er veldig kjekt det, i en presset arbeidshverdag.

Flere informanter har beskrevet at effektivitet er en verdsatt faktor i deres vurderinger av hvordan de benytter seg av tilgjengelige ressurser. Dette gir seg utslag på ulikt vis. Mens effektivitet i noen situasjoner er et argument *for* å samarbeide med psykologer i barne- og familietjenesten, er det andre situasjoner der vektleggingen av å arbeide effektivt og ressursbesparende medfører at psykologsamarbeid nedprioriteres, slik sitatet ovenfor av helsesykepleier 4 illustrerer. Der ble det beskrevet at helsesykepleieren i noen saker heller vil koble på instanser utenfor kommunen fordi dette er mer effektivt. Det innebærer at barnet raskere får hjelp enn ved bruk av kommunale tjenester.

Psykologens ansettelsessted. Flere informanter beskriver at psykologens ansettelsessted i barne- og familietjenesten kan ha betydning for hvor tilgjengelig psykologen blir for samarbeid med helsesykepleiere i skolehelsetjenesten. Informantene beskriver at fagpersonell i bydelens barne- og familietjeneste både kan ansettes under «Helse» og under «Familietiltak». Et typisk trekk i materialet er at psykologen oppleves som mer tilgjengelig for samarbeid med helsesykepleierne dersom psykologene er ansatt under «Helse», noe dette utdraget fra intervjuet med helsesykepleier 4 illustrerer:

Jeg har et poeng som jeg syns er viktig. Egentlig så syns jeg at psykologen skulle vært knyttet mer til skolehelsetjenesten, eller, mer til helse enn til familietiltak. Det tror jeg hadde vært lurere. Både i forhold til at det er lavere terskel for å konferere og (jeg) tror vi kunne jobbet mye mer forebyggende da, sammen på systemnivå da, hvis det hadde vært organisert annerledes. Det tror jeg hadde vært veldig lurt. (...) Jeg tenker at vi hadde vært mye mer naturlige samarbeidspartnere, både i forhold til enkeltsaker, men også i forhold til å lage gode opplegg for grupper, klasser. Jeg tror det.

Det ser ut til at organisering av psykologer under familietiltaket fører til mindre kontakt mellom psykolog og skolehelsesykepleier. Dette får konsekvenser for omfanget og innholdet i samarbeidet mellom dem. Opplevelsen av at psykologen blir mindre tilgjengelig for helsesykepleierne ved ansettelse i familietiltak understøttes også av helsesykepleier 5:

Det har blitt en tendens til at familietiltak jobber som tiltak i barnevernssaker. At mange av de som jobber i familietiltak, de jobber inn i saker som barnevernet er inn og hjelper familier. Og da tror jeg

kanskje at, det er nok stort behov for psykologer der også, så da tror jeg nok kanskje at de blir mer brukt på barnevernssaker kanskje da, og at vi kommer lenger ned på prioriteringslista da.

Denne informanten har en opplevelse av at hennes mulighet for å samarbeide med kommunepsykolog avhenger av hvor skolehelsetjenesten havner på psykologens prioriteringsliste. Når psykologen er ansatt i familietiltak vil skolehelsetjenesten komme lenger ned på prioriteringslista, fordi barnevernssaker for eksempel får forrang.

Formelt inkludert fagpersonell i skolehelsetjenesten. Et annet organisatorisk aspekt som påvirker samarbeidspraksisene er formelle definisjoner av hvilke faggrupper som er en del av skolehelsetjenesten. Helsepsykeleier 3 belyser dette:

Men de er ikke definert under (skolehelsetjenesten). (...) de som er definert under det er helsesøster, fysioterapeut, ergoterapeut og lege. Så når skolehelsetjenesten skal styrkes med midler for eksempel, så innbefatter ikke det psykolog.

Helsepsykeleier 3 beskriver at det ligger føringer for bruken av skolehelsetjenestens økonomiske midler gjennom hvilke faggrupper som defineres som en del av tjenesten. Det innebærer at fagpersonell som ikke formelt er definert som en del av skolehelsetjenesten heller ikke kan finansieres av skolehelsetjenestens midler. Psykologressursen kan med andre ord ikke økes ved bruk av skolehelsetjenestens midler så lenge de ikke er definert som en del av den. En konsekvens av dette kan tenkes å være at det kreves mer innsats for å få til et samarbeid mellom helsepsykeleier og psykolog enn det som kreves for å få til et samarbeid mellom noen av faggruppene som formelt er definert som en del av skolehelsetjenesten. I en travel arbeidshverdag kan dette medføre at samarbeid med psykologer nedprioriteres.

Treffpunkt. I analysene fremkommer det at samarbeid mellom psykologene og helsepsykeleierne gjøres tilgjengelig gjennom ulike formelle og uformelle treffpunkt. Med formelle treffpunkt menes her fastsatte møter i barne- og familietjenesten, der ulike problemstillinger drøftes tverrfaglig. Det kan se ut til at de formelle treffpunktene bidrar til at det sikres et minimum av jevnlig og forutsigbar tilgang til tverrfaglig drøfting.

Helsepsykeleier 6 tematiserer dette:

(...) annenhver uke så har de drøftingsmøte. Mm. Da kan jeg komme da, ta med meg saken min, kan ta med meg foreldrene om så, og så løfter vi fram dette i teamet.

I tillegg til at informantene kan drøfte saker med psykologer på tverrfaglige møter, kan de ha uformelle treffpunkt for samarbeid. Det innebærer at psykolog og helsepsykeleier oppretter kontakt utenom fastsatte møter, som for eksempel ved at helsepsykeleieren tar en telefon til psykologen, eller ved at de tilfeldigvis treffer på hverandre på skolen eller på helsestasjonen.

Dette beskrives av de fleste informantene, og illustreres med følgende sitat av helsesykepleier 5 slik:

Det er jo det at de har åpning for at vi kan ta kontakt, at de formidler det da. At de er ikke for rigid på at nei, da kan du bare ta kontakt da og da og da, og ikke da. Så det er veldig lett å kontakte dem. Det er ikke sikkert man kan få svar der og da, men da avtaler man at man kan snakkes i morgen tidlig eller, vi kan prates etter lunsj i morgen for eksempel. Det er veldig romslighet da, selv om de er travel og må disponere dagene sine, så er det lett å få gjort noen uformelle drøftinger også. Ja. Så det tenker jeg er fint.

De fleste informantene ser ut til å verdsette muligheten for å opprette kontakt med psykologer i mer uformelle sammenhenger, som for eksempel over telefon. I datamaterialet fremkommer det at en av fordelene med at de har slike uformelle treffpunkt, er at det bidrar til at saker i større grad drøftes underveis, og at man kan drøfte mindre komplekse problemstillinger enn de som tas opp på de mer formelle treffpunktene. Med andre ord ser det ut til at helsesykepleiere noen ganger prioriterer hva de drøfter med psykologen etter hvilke typer treffpunkt de har. For eksempel forteller helsesykepleier 5 at hun ikke tar opp småting i tverrfaglige drøftingsmøter:

Det tenker jeg når vi sitter i et sånt forholdsvis stort fora som tverrfaglig drøftingsmøte er nå da, så er det jo sånn, man vurderer jo litt hva man tar opp, det er ikke bare noen sånne småting heller liksom.

Dette tyder på at rammene for kontakt mellom helsesykepleier og psykolog har betydning for hva slags saker helsesykepleier prioriterer å ta opp med psykologen. Når de møtes i bredt tverrfaglige forum vil terskelen være høyere for å drøfte saker. Det vil kunne innebære at helsesykepleieren unngår å be om innspill eller veiledning fra psykologen i situasjoner der hun tror at det forventes av henne at hun har kompetansen som trengs for å håndtere saken på egen hånd, for eksempel. En mulig konsekvens av dette vil kunne være at man i noen situasjoner går glipp av psykologfaglig kompetanse der slik kompetanse hadde vært nyttig.

Synlighet for hverandre. Analysen tyder på at synlighet og geografisk plassering av arbeidssted for henholdsvis psykologene og helsesykepleierne er en faktor som flere fremhever i sammenheng med hva som påvirker deres samarbeidspraksiser. For eksempel peker helsesykepleier 6 på at hun tror terskelen for å samarbeide med psykolog hadde vært lavere dersom de hadde et forum for å invitere psykologen med på samtaler på skolen:

Vært fint å (...) hatt mer forum for å «du, nå skal jeg snakke med familien her. Hadde du kunnet kommet på den skolen jeg er på?» (...) det tror jeg hadde vært en god løsning. Da er terskelen enda lavere liksom for å ta kontakt. Og så er det litt sånn ut av øye ut av sinn, når du ikke ser dem. For ofte så glemmer vi hverandre, sant. Og så på en måte, ja. Må ha dem i pannebrasken da.

Denne informanten påpeker at det at de ikke ser hverandre så ofte kan føre til at de glemmer hverandre. Det at ulike arbeidssteder påvirker omfanget av samarbeid, støttes også av Helsesykepleier 5, som foreslår at psykologen skulle hatt en fast tilstedeværelse på skolen:

Jeg hadde jo kunnet tenkt meg at psykologene også kunne hatt litt fast tilstedeværelse ut på skolen. (...) På en måte så tror jeg det hadde vært lettere, i alle fall hvis jeg hadde visst at de hadde kommet hit en halv dag i uka eller dag eller ja. Annenhver dag eller sånn, vet ikke hvor mye jeg kan ønske, men da blir det lettere å notere seg noen stikkord og, lett å drøfte ting videre.

Videre utdyper helsesykepleier 5 dette perspektivet:

Vi sitter jo ikke sammen med psykologene. Og det ser jeg er en fordel de som jobber som helsestasjon kan ha en fordel av, de kan stikke hodet inn og luften en sak. Så hvis vi møter på psykologene tilfeldig, hvis jeg skal innom helsestasjonen og hente en vaksine for eksempel, så er det jo lett å stikke inn hodet og si hei. Og da får man jo noen ganger stilt noen spørsmål, noen ganger får man litt oppdatering, nå har jeg møtt den familien sånn og sånn, og nå er han på skolen og, sånn at vi får litt oppdatering.

Denne informanten uttrykker at det er enklere for de som jobber på helsestasjonene å holde hverandre løpende oppdatert i ulike saker, som følge av at helsesykepleierne og psykologene der i større grad møter på hverandre tilfeldig, i en mindre formell setting. Dette kan tyde på at psykologers fysiske arbeidssted kan ha betydning for hvilke typer saker de får innblikk i fra helsesykepleierne.

Henvisningspraksis. Et annet funn i datamaterialet knyttet til hvordan organisatoriske rammer påvirker samarbeidspraksisene, er at kravene som stilles til dokumentasjon kan bidra til å øke sannsynligheten for at helsesykepleiere prioriterer andre løsningsstrategier enn kommunepsykologen i en sak. Helsesykepleier 2 belyser dette:

Ja, så det er ikke det at det ikke er samarbeid, men i hverdagen min så er det ikke det jeg gjør mest av for å si det sånn. Så det er muligheter der ja. jeg sier ikke at det ikke er mulighet, men det med henvisning og sånn, det er litt tungrodd da.

Her fremkommer det en opplevelse av at systemet for å henvise til psykolog i barne- og familietjenesten er tungrodd. Det kan tenkes at det at man må henvise innebærer at helsesykepleier må bruke mer av sin tid for at psykologen skal kobles på enn om hun ikke måtte henvise. Den ekstra arbeidsbelastningen dette utgjør vil kunne øke terskelen for at helsesykepleieren kobler på psykologen ved at det gjøres en ekstra vurdering på om den aktuelle saken faktisk trenger slik ressursbruk. Følgende sitat fra helsesykepleier 5 belyser også hvordan dokumentasjonskravet ved påkobling av psykolog i en sak oppleves:

Jeg skulle ønsket at jeg hadde sluppet å skrive tilmelding (ler), rett og slett, for vi bruker jo litt tid på det. Selv om de sier ja, bare skriv noen ord, så krever det jo litt likevel. Så jeg tenker at når vi er i samme enhet, samme lovverk, de dokumenterer i samme, og de kan lese i vårt dokumentasjonsverktøy, så tenker jeg at jeg skulle ønsket at det ikke hadde vært så formelt på en måte da. Jeg syns det på en måte blir dobbeltarbeid.

Her fremkommer det en opplevelse av at kravet til henvisning kan oppleves som sløsing med ressurser, ved at det samme arbeidet gjøres flere ganger. Følgende utdrag fra intervjuet med helsesykepleier 4 belyser en annen side ved dette:

Og vi kan jo ikke egentlig bestille psykolog. Vi kan ikke skrive en henvisning til psykolog. Vi må beskrive problematikken. Og vi kan jo foreslå selvfølgelig, men det avgjøres jo i inntaksmøtene der, hvem som skal ha den saken. (...) det må jo være et system på det der også, det skjønner jeg jo godt, at det er nødt til å være en slags siling der, men jeg tenker jo at vi er i stand til å gjøre noen vurderinger også. I større grad enn det vi kanskje blir tillagt da, per i dag. (...) jeg tenker at når jeg tenker at her skulle vi hatt hjelp av psykolog, så tenker jeg at det stemmer altså. For da har jo jeg gjort et arbeid på forhånd. Gjort noen vurderinger og ser at det trengs mer enn det som jeg kan tilby da (...) det kan irritere meg noen ganger da. Det må jeg si. (...) ja det er jo at jeg føler meg undervurdert. At mine vurderinger ikke er gyldig nok da. Og da blir jeg irritert.

I dette sitatet av helsesykepleier 4 fremkommer det en opplevelse av å bli undervurdert når hennes vurderinger av at det er behov for psykolog i en sak ikke er tilstrekkelig for at psykologer kobles på. En mulig konsekvens av dette kan være at terskelen for å henvise til psykolog i kommunen øker, og at helsesykepleierne for eksempel heller benytter seg av tjenester utenfor kommunen.

Oppsummert tegner informantene et sammensatt bilde av hva som påvirker deres samarbeid med psykologer i barne- og familietjenesten. Analysen resulterte i temaene Ressursknapphet, Psykologens ansettelsessted, formelt inkludert fagpersonell i skolehelsetjenesten, Treffpunkt, Synlighet for hverandre og Henvisningspraksis. Knappe ressurser innebærer at helsesykepleieren må gjøre overveide beslutninger av hvordan hun bruker av skolehelsetjenestens midler, og valg av effektive løsninger blir viktig. Dette prioriteres for å gi barn og familier riktig hjelp mest mulig effektivt, noe som kan innebære at tverrfaglig samarbeid med psykolog velges bort til fordel for andre løsninger.

Psykologens ansettelsessted er en annen faktor som ser ut til å kunne påvirke samarbeidspraksisene. Dette kan ha sammenheng med hvor på psykologenes prioriteringsliste skolehelsetjenesten havner. Formelle definisjoner av hvilke faggrupper som er en del av skolehelsetjenesten har også betydning. I tillegg har ulike formelle og uformelle treffpunkter betydning for hvordan de samarbeider. Det innebærer at formelle treffpunkter bidrar til å sikre

et minimum av tverrfaglig samarbeid i en hektisk arbeidshverdag, samtidig som at slike formelle treffpunkter også kan bidra til at terskelen for å ta opp saker øker. Det vil kunne bety at de oftere vil samarbeide mest om de mest komplekse sakene dersom kontakten mellom psykologen og helsesykepleieren forbeholdes til slike formelle treffpunkter. Bruk av mer uformelle treffpunkter vil derimot kunne bidra til at man holder seg mer løpende orientert i saker, og at man oftere drøfter mindre sammensatte saker. Også synlighet for hverandre og henvisningspraksis er elementer som trekkes fram i forståelser av hva som påvirker deres samarbeidspraksis. I det følgende vil jeg redegjøre for min forståelse av disse funnene, og drøfte dem i lys av San Martín-Rodríguez et al. (2005) sin oppsummering av hva som hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid i helsetjenester, samt teorien om Job crafting (Wrzesniewski & Dutton, 2001).

Diskusjon

Det overordnede målet med denne studien var å utforske samarbeidspraksiser mellom psykologer og helsesykepleiere i skolehelsetjenesten på barneskoler i Trondheim kommune. Dette ble gjort ved å intervju seks helsesykepleiere om deres samarbeidserfaringer med kommunepsykologer. Tre forskningsspørsmål utgjorde grunnlaget for analysen. Disse var «*Hvordan samarbeider helsesykepleiere i skolehelsetjenesten med kommunepsykologer?*», «*Hvordan beskriver helsesykepleierne betydningen av sine samarbeidspraksiser?*», og «*Hvordan forklarer helsesykepleierne sin egen samarbeidspraksis?*». Det ble funnet at deltakerne i studien hadde varierte erfaringer med samarbeid, både når det kommer til innhold og omfang. De fleste ga uttrykk for at de var positive til det å samarbeide med psykologer, men at ressursene var knappe, og at de derfor samarbeidet mindre med denne faggruppen enn de skulle ønske. Det samarbeidet de likevel hadde ga positive effekter i form av tverrfaglighet, kompetanseheving, økt trygghet, og effektiv ressursutnyttelse. Analysen antydte videre at helsesykepleierne hadde ulike forståelser av hvorfor samarbeidet deres med psykologer var som det var. Temaene som ble funnet var Ressursknapphet, Psykologens ansettelsessted, Formelt inkludert fagpersonell i skolehelsetjenesten, Treffpunkt, Synlighet for hverandre og Henvisningspraksis.

I denne delen vil jeg diskutere utvalgt litteratur opp i mot noen av disse funnene. Målet er å utvikle nye perspektiver og kunnskap om hva som virker inn på tverrfaglige samarbeid i skolehelsetjenesten, noe som kan bidra til økt bevissthet omkring hvordan man kan etablere gode tverrfaglige samarbeidspraksiser i helsetjenestene.

Hvordan påvirker organisatoriske faktorer samarbeidspraksisene?

Et tydelig funn i analysen er at helsesykepleierne i stor grad peker på ulike organisatoriske elementer når de skal forklare sin egen samarbeidspraksis. Ressursknapphet er en av disse faktorene som trekkes fram i forståelsen av hvorfor helsesykepleierne samarbeider mindre med psykologer enn det de skulle ønske. For de fleste helsesykepleierne handlet dette først og fremst om at de opplevde at psykologene hadde stor arbeidsbelastning. Denne opplevelsen av at ressursknapphet bidrar til å begrense samarbeidet er i tråd med San Martín-Rodríguez et al. (2005) sin redegjørelse av hva som ser ut til å hemme og fremme tverrfaglig samarbeid i helsetjenestene. Om hvordan tilstrekkelig tilgang til ressurser skal bidra til vellykkede samarbeid utdyper San Martín-Rodríguez et al. (2005) at ansatte må ha tid til å utvikle samarbeidsrelasjoner, og følgelig kan en anta at mangel på slik tid vil vanskeliggjøre samarbeid. Dette impliserer at en kan forvente at omfanget av samarbeid mellom

helsesykepleiere og psykologer øker dersom det enkelte fagpersonell fikk mer tid til rådighet for å samarbeide.

Min analyse antyder at det ikke bare er ressursknapphet som sådan som begrenser omfanget av samarbeid. Også andre organisatoriske elementer ses som mulige forklaringer på hva som påvirker samarbeidspraksisene. For eksempel har treffpunktene mellom helsesykepleierne og psykologene betydning for hvordan de samarbeider. Et slikt treffpunkt er tverrfaglige drøftingsmøter, som ser ut til å være en del av arbeidshverdagen for helsesykepleiere i skolehelsetjenesten i Trondheim kommune. Dette kan ses som et organisatorisk grep som har som mål å fremme tverrfaglig samarbeid mellom personell i kommunale helsetjenester. Som tidligere nevnt påpeker San Martín-Rodríguez et al. (2005) at samarbeid fremmes av ledere som formidler at samarbeid er ønskelig, og som lykkes med å skape en organisatorisk setting som fremmer samarbeid. Det innebærer også at ansatte må ha nok tid og tilgang på treffsteder. Det må settes av nok tid til at ulike fagpersoner kan dele informasjon, utvikle relasjoner mellom seg, og ta tak i eventuelle utfordringer. De fastsatte tverrfaglige drøftingsmøtene kan ses som en måte å formidle til de ansatte at tverrfaglig samarbeid er ønskelig, og det er en måte å organisere arbeidshverdagen på som kan bidra til å fremme samarbeidspraksiser. Gjennom disse tverrfaglige møtene avsettes det tid til slik praksis, og ledelsen formidler gjennom dette at samarbeid og tverrfaglighet ønskes velkommen.

Det kan altså antas at tverrfaglige drøftingsmøter er en organisatorisk faktor som bidrar til å fremme tverrfaglig samarbeid mellom helsesykepleiere og psykologer. I en arbeidshverdag der psykologen anses som en knapphetsressurs, kan det også tenkes at slike fastsatte drøftingsarenaer bidrar til å sikre et minimum av tverrfaglig samarbeid og drøfting mellom helsesykepleiere og psykologer. Samtidig tyder min analyse på at arenaene for samarbeid har konsekvenser for hvilke typer saker det samarbeides om. Helt konkret innebærer det at det for noen ser ut til å være en høyere terskel for å ta opp saker til drøfting i slike organiserte møter, enn dersom fagpersonell treffes i en mindre formell setting. Oppsummert kan dette tyde på at ressursknapphet fører til at samarbeid for mange først og fremst foregår i organiserte fora, noe som fører til at terskelen for hva man prioriterer å samarbeide om øker. En konsekvens blir da at tverrfaglig samarbeid først og fremst skjer i de mest komplekse sakene.

Hvordan påvirker relasjonelle faktorer samarbeidspraksisene?

Min analyse antyder at relasjonelle faktorer er betydningsfulle for helsesykepleiernes ønske om å samarbeide med psykologer. For eksempel beskrev en informant at det var viktig for henne at psykologen formidlet at hun kunne ta kontakt ved behov for drøfting. Som San Martín-Rodríguez et al. (2005) formidler, er vilje til å samarbeide nødvendig for å få til vellykkede samarbeidspraksiser. Det er altså ikke tilstrekkelig at samarbeid pålegges gjennom organisatoriske forhold som for eksempel tverrfaglige drøftingsmøter, de ansatte må derimot også ønske å gå inn i disse samarbeidsrelasjonene. Gjennom å formidle at helsesykepleieren er velkommen til å ta kontakt, formidler også psykologen en vilje til å samarbeide. En annen informant i studien forteller på sin side at hun samarbeider lite med psykologer, da psykologene har mye å gjøre, og det er vanskelig å få innpass hos dem. Dette kan tyde på at det i denne arbeidsrelasjonen har blitt formidlet en manglende vilje til nettopp samarbeid. I en arbeidshverdag med knappe ressurser kan dette ha bidratt til at denne helsesykepleieren har hatt lite samarbeid med psykologer.

Selv om dette ikke er eksplisitt uttalt og inkludert i min analyse, vil jeg argumentere for at også andre relasjonelle faktorer som trekkes fram av San Martín-Rodríguez et al. (2005) er betydningsfulle for samarbeidspraksisene i skolehelsetjenesten. Dette kommer implisitt til uttrykk i helsesykepleiernes beskrivelser av betydningen av sine samarbeidspraksiser. For eksempel gir de fleste informantene tydelig uttrykk for at de skulle ønske at de kunne samarbeide mer med psykologer enn det de gjør, og at slike tverrfaglige samarbeid har mange positive effekter. Dette kan tyde på at de fleste informantene har erfart en gjensidig vilje til å samarbeide, tillit, god kommunikasjon og en gjensidig respekt, som er relasjonelle faktorer som trekkes fram av San Martín-Rodríguez et al. (2005) som betydningsfulle for vellykkede samarbeid. Informantene peker for eksempel på at tverrfaglighet er en positiv effekt av samarbeid. Dette indikerer at det er en gjensidig respekt mellom helsesykepleierne og psykologene, som innebærer en verdsetting av hverandres ulike kompetanser og bidrag. Det indikerer også at disse informantene i liten grad opplevde tendenser til profesjonalisering, som San Martín-Rodríguez et al. (2005) hevder karakteriseres av dominerende, autonomi og kontroll. Som tidligere beskrevet er dette en systemisk faktor som kan hindre samarbeidspartnere i å se verdien av andre fagpersoners kompetanser og bidrag. Derimot kan det se ut til at flere informanter i denne studien har erfart en anerkjennelse hverandres bidrag, noe som bidrar til et ønske om å samarbeide mer enn det de opplever å ha anledning til.

Følgelig vil jeg argumentere for at denne studien gir støtte for viktigheten av både organisatoriske og relasjonelle elementer for å lykkes med tverrfaglige samarbeid, i tråd med San Martín-Rodríguez et al. (2005) sitt rammeverk. Det kan se ut til at de fleste informantene i denne studien erfarte at de relasjonelle betingelsene for vellykkede samarbeid var til stede mellom dem og psykologen, men at mangel på ressurser bidro til at samarbeidet begrenset seg i omfang. Studien har i liten grad utforsket hvorvidt og hvordan systemiske faktorer påvirker samarbeidspraksisene i skolehelsetjenesten, selv om enkelte funn tyder på at noen informanter opplever liten grad av profesjonalisering, noe som i henhold til San Martín-Rodríguez et al. (2005) skal bidra til gode tverrfaglige samarbeid.

Hvordan kan teorien om job crafting bidra til å forklare varierte samarbeidspraksiser?

Til nå har jeg diskutert og belyst hvordan funnene i denne studien kan ses i lys av hva som hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid i følge artikkelen av San Martín-Rodríguez et al. (2005). Jeg vil nå diskutere hvordan teorien om Job crafting (Wrzesniewski & Dutton, 2001) kan bidra med et utfyllende perspektiv på hva som bidrar til at samarbeidspraksiser varierer blant ulike ansatte med like arbeidsrammer. Utgangspunktet for denne diskusjonen er at min analyse tyder på varierte samarbeidspraksiser blant helsesykepleierne, på tross av at samtlige helsesykepleiere i studien har det samme mandatet og de samme rammene for sitt arbeid som ansatt i skolehelsetjenesten. Det er også en generell opplevelse av at ressursene er knappe, og de fleste skulle ønske at de kunne samarbeide mer med psykologer. Selv om noen organisatoriske ulikheter mellom de ulike bydelene i Trondheim kommune kan forklare noe av variasjonen i samarbeidspraksiser, vil jeg samtidig argumentere for at disse ulikhetene i organisering ikke kan forklare hele bildet av samarbeidsvariasjoner. Teorien om job crafting kan bidra til å utfylle forståelsen av disse variasjonene.

Som tidligere nevnt beskriver teorien om job crafting hvordan den enkelte ansatt aktivt kan forme sin arbeidshverdag gjennom fysisk, kognitiv eller relasjonell job crafting (Wrzesniewski & Dutton, 2001). Eksempelvis kan den ansatte prioritere mellom ulike arbeidsoppgaver eller mellom ulike mulige samarbeidsrelasjoner (Wrzesniewski & Dutton, 2001). Denne studien har vist at helsesykepleiere i ulikt omfang samarbeider med psykologer, og at det varierer hvilke oppgaver de samarbeider om. Det kan antas at av denne variasjonen skyldes at de ansatte job crafter. Mens én helsesykepleier kanskje prioriterer samarbeid med andre helsesykepleiere, vil en annen kunne prioritere tverrfaglig samarbeid med en psykolog. En helsesykepleier vil kanskje foretrekke tverrfaglige møter som samarbeidsplattform, mens en annen i større grad benytter seg av telefonkontakt for å samarbeide med psykologen. Noen

vil prioritere å jobbe med psykisk helse i grupper, mens andre i større grad jobber på individnivå. På denne måten vil jeg argumentere for at den enkelte helsesykepleiers relasjonelle og oppgavemessige job crafting-atferd bidrar til ulike samarbeidspraksiser i skolehelsetjenesten.

I det følgende vil jeg argumentere for en mulig forståelse av hvilke konsekvenser helsesykepleierens job crafting-atferd kan ha, samt hva som ligger til grunn for hvordan helsesykepleierne i denne studien prioriterer mellom oppgaver og samarbeidsrelasjoner i sitt arbeid. Jeg har valgt å beskrive dette som helsesykepleierens portvokterfunksjon og trinnvis psykologbruk. Jeg vil argumentere for at dette er to elementer som bidrar til å forme de ulike samarbeidspraksisene mellom helsesykepleiere og psykologer i kommunen. Disse elementene kan også ses på som andre måter å beskrive at helsesykepleierne engasjerer seg i job crafting.

Helsesykepleieren som portvokter. Det første elementet jeg vil argumentere for som kan bidra til å forklare variasjoner i samarbeidspraksiser, er helsesykepleierens portvokterfunksjon. Med dette mener jeg at helsesykepleieren ofte ser ut til å ha en aktiv rolle i å initiere et samarbeid med psykologen i konkrete saker, fordi helsesykepleieren velger hvorvidt hun tar kontakt med psykologen eller ei for råd og veiledning i arbeid med en sak. Det innebærer for eksempel at helsesykepleierens vurderinger av når psykologkompetansen er relevant vil påvirke hvilke saker de samarbeider om. Hvis helsesykepleieren for eksempel anser at psykologens kompetanse er mest relevant i saker der det er behov for behandling, vil hun kunne prioritere samarbeid i slike saker, og nedprioritere å ta initiativ til samarbeid om andre typer oppgaver som for eksempel forebyggende psykisk helsearbeid. Det kan tenkes at dette også forsterkes i en arbeidshverdag der ressursene må brukes med omhu. Helsesykepleieren opptrer dermed som portvokter mellom psykologen og ulike saker, noe som har en direkte innvirkning på samarbeidspraksisene i skolehelsetjenesten.

Helsesykepleierens portvokterfunksjon kan antas å påvirke samarbeidspraksisene på flere måter. For eksempel kan funn i denne studien tyde på effektivitet kan være en betydningsfull faktor i prioriteringer mellom arbeidsoppgaver og samarbeidsrelasjoner. Det innebærer at det å effektivt skaffe barna hjelp er et styrende element når helsesykepleierne vurderer hvordan de skal utnytte tilgjengelige ressurser og verktøy i arbeid med en sak. Dette får forrang foran bruk av kommunens egne tjenester og muligheten for tverrfaglig samarbeid. Dette innebærer at helsesykepleieren noen ganger velger bort tverrfaglig samarbeid med psykologer i kommunen til fordel for tjenester utenfor kommunen, som kan hjelpe familiene mer effektivt. Det at helsesykepleieren da også sparer på egen arbeidsressurs fordi det er færre dokumentasjonskrav i disse tjenestene, bidrar til ytterligere å underbygge at bruk av tjenester

utenfor kommunen er hensiktsmessig i noen situasjoner. Barna får raskere hjelp, i tillegg til at det sparer på barne- og familietjenestens ressurser. Den enkelte helsesykepleiers vurdering av hva som er den beste og mest effektive måten å jobbe på i en sak vil dermed ha direkte innvirkning på når og hvordan de samarbeider med psykologer.

Det kan altså tenkes at knappe ressurser i en arbeidshverdag med stor arbeidsbelastning bidrar til at det blir særlig viktig å prioritere effektive og gode løsninger. Med knappe ressurser og høy arbeidsbelastning kan det tenkes at tverrfaglig samarbeid nedprioriteres, for å utnytte de tilgjengelige ressursene på en mest mulig effektiv måte. Da kan det vurderes dithen at det ikke er rom for samarbeid, med mindre arbeidsoppgaven tvinger det fram. Tverrfaglig samarbeid tvinges oftere frem dersom arbeidsoppgaven er kompleks og sammensatt, noe som innebærer at helsesykepleiere og psykologer oftere samarbeider om slike oppgaver enn om andre typer oppgaver.

Trinnvis psykologbruk. Et annet element som kan bidra til å forklare samarbeidspraksisene har jeg valgt å kalle trinnvis psykologbruk. Som nevnt tyder funnene i denne studien på at psykologen oppleves som en knapphetsressurs, og en konsekvens av dette er at helsesykepleierne benytter ressursen med forsiktighet. Dette innebærer at det nøye prioriteres hva denne ressursen skal brukes til fra helsesykepleiernes side, og kan gi seg utslag i trinnvis bruk av psykologressursen i kommunen. Det innebærer at helsesykepleiere kontinuerlig forsøker å bruke ressursen på lavest mulig trinn. Dette betyr at helsesykepleiere tilstreber å bruke så lite som mulig av psykologressursen i den enkelte sak, slik at den spares til de sakene der det er større behov. Dette kan også ses i arbeid innad i en sak, noe som innebærer at noen helsesykepleiere samarbeider på ulikt vis med psykologen over tid i arbeid med en sak. I første omgang arbeider helsesykepleieren på egen hånd, og dersom det vurderes dithen at dette ikke fører til ønsket resultat involveres psykologen ved at helsesykepleier ber om råd og innspill fra vedkommende i ulike formelle møtefora, over telefon eller gjennom e-postkontakt. Dersom dette ikke er tilstrekkelig, benyttes psykologressursen ytterligere ved at psykologen møter barnet eller familien. Psykologen kan i siste trinn overta saken, noe som vil være den mest ressurskrevende bruken av psykologen. Dette kan forstås som at det er en grunntanke om at spisskompetansen som psykologen innehar er en ressurs som man skal forvalte med omhu, og som kun skal benyttes når det er høyst nødvendig.

Det kan også tenkes at denne trinnvise prosessen som følge av knappe ressurser gir konsekvenser for hvilke typer saker helsesykepleiere velger å samarbeide med psykologer om. Det innebærer at jo mer kompleks en sak er, jo større er sannsynligheten for at helsesykepleieren vil prioritere å benytte seg av psykologressursen i saken, og jo mer

kompleks saken er, jo mer av psykologressursen vil benyttes. Dette kan tyde på at ressursknapphet fører til at psykologer og helsesykepleiere i større grad samarbeider om komplekse saker enn om de mindre komplekse sakene. Det kan for eksempel også bety at helsesykepleiere og psykologer oftere vil samarbeide i saker der barn har psykiske helseplager, og at de sjeldnere vil samarbeide om forebyggende tiltak. Dette kan også være et uttrykk for at det er en forventning om at psykologer skal prioritere å jobbe med saker der det er psykisk sykdom, og at det i en arbeidssituasjon der ressurser er knappe er en oppfatning av at spisskompetansen bør prioriteres til de mest komplekse sakene. Dette kan bety at det er en forventning om at slike saker må være håndtert før psykologene eventuelt kan samarbeide med helsesykepleierne om forebyggende og helsefremmende arbeid, og kan tenkes å ha stor betydning for hvordan psykologkompetansen benyttes i kommunalt helsearbeid.

Kritisk vurdering

Sluttproduktet av denne forskningsprosessen er et resultat av kontinuerlige valg. Dette gjelder både valg av forskningsspørsmål, metodisk tilnærming, teoretisk rammeverk og valg av fokus i det analytiske arbeidet. Disse valgene har konsekvenser for studiens reliabilitet og validitet. Dette er begreper som brukes for å beskrive forskningens kvalitet og troverdighet (Golafshani, 2003; Creswell & Miller, 2000). Puhan et al. (2012) fremhever at refleksjon omkring forskningens begrensninger er vitenskapelig hensiktsmessig, fordi det kan bidra til å gi retning for videre forskning. Videre er synliggjøring av begrensninger ved en studie viktig for å kunne plassere funnene i en kontekst, og for å kunne vurdere forskningens validitet (Ioannidis, 2007). I det følgende vil jeg derfor belyse noen utvalgte perspektiver på denne studiens begrensninger og styrker.

En begrensning ved denne studien er forskerens manglende erfaring med å gjennomføre kvalitativ forskning. Dette kan for eksempel ha påvirket datamaterialet og valg av fokus i det analytiske arbeidet. Eksempelvis kan det tenkes at en mer erfaren forsker ville ha stilt andre oppfølgingsspørsmål under intervjuene, eller at fokuset ville vært annerledes i analysen. Dette har det imidlertid blitt kompensert for gjennom jevnlig veiledning og drøfting med en veileder, som er en erfaren kvalitativ forsker. I tillegg ble det i tråd med Braun og Clarkes (2006) anbefalinger for uerfarne forskere valgt tematisk analyse som analytisk metode. Metodens fleksibilitet har blitt fremhevet som en av dens fordeler, og valget av denne analysemetoden kan ha bidratt til å styrke studiens validitet på tross av forskerens manglende erfaring. Det har også vært et mål å fremme troverdighet i studien gjennom en grundig redegjørelse av forskningsprosessen, i tråd med Braun og Clarkes (2006) anbefalinger.

Triangulering er en måte å styrke forskningens validitet og reliabilitet på. Dette kan beskrives som en valideringsprosedyre hvor forskere søker etter samsvar på tvers av ulike informasjonskilder (Creswell & Miller, 2000). Triangulering kan gjøres på ulike måter, for eksempel ved bruk av ulike datainnsamlingsmetoder eller ved involvering av flere forskere (Creswell & Miller, 2000). En begrensning ved denne studien er mangelen på slik triangulering. Ved å være alene som forsker og å ha én analysetilnærming risikerer man å gå glipp av perspektiver som kunne blitt synlige gjennom bruk av andre tilnærminger (Creswell & Miller, 2000). Jeg har imidlertid kompensert for dette gjennom jevnlig drøfting med min veileder underveis i forskningsprosessen.

En annen måte å bidra til studiens validitet på, er gjennom forskerens refleksivitet. Dette innebærer at forskeren avslører egne antakelser og biaser, og reflekterer omkring hvordan dette kan ha påvirket forskningsprosessen (Creswell & Miller, 2000). Refleksiviteten kan inkluderes i studien på ulikt vis, for eksempel gjennom fortolkende kommentarer i diskusjonen av funnene og avsluttende kommentarer der forskeren tar for seg dette (Creswell & Miller, 2000). I denne studien har det vært viktig å beskrive resultatene og diskutere funnene på en måte som tydeliggjør hva som er informantenes utsagn, og hva som er forskerens fortolkninger. Gjennom en rikholdig presentasjon av sitater og en tydeliggjøring av forskerens fortolkninger har målet vært at leseren skal kunne gjøre en selvstendig vurdering av gyldigheten av konklusjonene i denne studien. Gjengivelsen av direkte sitater i resultatene tydeliggjør dessuten at studiens funn er forankret i datamaterialet, og at det har vært et mål å holde seg tett opp til dataene underveis i prosessen.

Som tidligere nevnt hadde jeg en induktiv tilnærming til denne studien. Formålet var å unngå at min kunnskap om allerede eksisterende teoretiske og empiriske funn skulle påvirke funnene i studien. Selv om jeg ønsket å gjennomføre datainnsamlingen uten forventninger til hva jeg skulle finne, er det vanskelig å være helt uten forhåndsantakelser. Jeg hadde for eksempel en forventning om at informantene i studien ønsket å samarbeide med psykologer. Dette kan ha påvirket forskningsprosessen. Samtidig har jeg forsøkt å ha et bevisst forhold til dette gjennom å for eksempel balansere spørsmålene som ble stilt i intervjuene. Det innebar for eksempel at jeg stilte spørsmål om både positive og negative erfaringer med samarbeid.

Et annet element som kan ha påvirket funnene i studien, er at jeg som psykologstudent var den som intervjuet informantene. Det kan tenkes at min rolle som fremtidig psykolog førte til at informantene ble mer tilbakeholdne med å fortelle om eventuelle negative erfaringer med å samarbeide med psykologer, dersom de anså meg for å være en del av den faggruppa de reflekterte over. Jeg opplevde likevel at meddelelsene fra informantene var

åpenhjertige, og anser ikke at min rolle som psykologstudent har påvirket funnene i utstrakt grad.

En av denne studiens styrker er at den gir et variert og nyansert innblikk i hva som kan påvirke samarbeidspraksiser i skolehelsetjenesten. Arbeidshverdagen for ansatte i helsetjenestene er sammensatt, noe også denne studien speiler. Målet har ikke vært å presentere generaliserbare funn, men å få en forståelse av det komplekse terrenget som kan være med på å påvirke helsepersonells samarbeidspraksiser. Gjennom informantenes rikholdige beskrivelser og et teoretisk rammeverk med flere innganger til å forstå samarbeidspraksisene, bidrar denne studien med innblikk i det sammensatte landskapet som samarbeidspraksiser mellom helsepersonell foregår i. En annen styrke med denne studien er dessuten dens praktiske anvendbarhet. Denne studien bidrar med kunnskap som kan være nyttig både på systemnivå, for ledere og for den enkelte ansatte, da den belyser hvordan vellykkede samarbeidspraksiser er avhengig av faktorer som berører alle disse nivåene. I fremtidig forskning på samarbeidspraksiser i helsetjenestene kan det også være interessant å utforske psykologers opplevelser av disse samarbeidspraksisene, samt brukeres opplevelser av helsetjenestene. I tillegg kan det være interessant å utforske nyanser og forskjeller i samarbeidspraksiser rettet inn mot ulike alderstrinn. Et relevant spørsmål for videre forskning er for eksempel hvorvidt det er forskjeller mellom samarbeidspraksisene på videregående skoler og i grunnskolen.

Oppsummerende konklusjon

Hensikten med denne studien var å utforske samarbeidspraksiser mellom psykologer og helsesykepleiere i skolehelsetjenesten på barneskoler i Trondheim kommune. Denne studien har vist at samarbeidspraksisene mellom psykologer og helsesykepleiere i skolehelsetjenesten varierer, noe som viser seg både i samarbeidets omfang og innhold. Selv om samtlige informanter beskrev at de noen ganger samarbeidet med psykologer for å gi barn og familier riktig hjelp, var det variasjoner i det nøyaktige innholdet av dette samarbeidet. Noen trakk fram at de samarbeidet om konkrete oppgaver, mens andre beskrev at de tok kontakt med psykologen for å få mer generelle råd og innspill. Prioriteringene av samarbeidsinnhold og omfang kan ses som et uttrykk for at helsesykepleierne job crafter. Det innebærer at de er aktører som bidrar til å skape de samarbeidspraksisene som er en del av deres arbeidshverdag (Wrzesniewski & Dutton, 2001).

Videre beskrev de fleste helsesykepleierne i denne studien at de verdsetter samarbeid med psykologer, og at de skulle ønske at de kunne samarbeide mer enn det de gjorde. Fordelene med å samarbeide kan oppsummeres med en opplevelse av at samarbeidet bidro til tverrfaglighet, kompetanseheving, trygghet og effektiv ressursutnyttelse. Helsesykepleierne forklarte i stor grad sine samarbeidspraksiser med ulike organisatoriske elementer. Disse var ressursknapphet, psykologens ansettelsessted, formelt inkludert fagpersonell i skolehelsetjenesten, treffpunkt, synlighet for hverandre og henvisningspraksis. I tråd med San Martín-Rodríguez et al. (2005) sitt rammeverk gir denne studien støtte for at både organisatoriske og relasjonelle elementer er viktige for å lykkes med tverrfaglige samarbeid. Det kan se ut til at de fleste informantene i denne studien erfarte at de relasjonelle betingelsene for vellykkede samarbeid var til stede mellom dem og psykologen, men at mangel på ressurser bidro til at samarbeidet begrenset seg i omfang.

Denne studien tyder på at helsesykepleiere kan beskrives som portvoktere. Det innebærer at den enkelte helsesykepleier i sin arbeidshverdag velger hvorvidt hun vil involvere psykologen i et samarbeid eller ei, og på den måten kan ses som en portvokter mellom psykologen og saker i skolehelsetjenesten. Portvokterfunksjonen illustrerer hvordan job crafting blant informantene kommer praktisk til uttrykk, og hvordan deres vurderinger aktivt bidrar til å forme innholdet i samarbeidet mellom helsesykepleiere og psykologer.

I tillegg kan det se ut til at psykologen er en knapphetsressurs som helsesykepleierne har et bevisst forhold til hvordan de benytter. Psykologen oppleves som en relevant samarbeidspartner i mange arbeidsoppgaver, men knappe ressurser fører til at det må prioriteres hvor kompetansen skal brukes hen. Dette ser ut til å føre til en trinnvis bruk av

psykologkompetansen. Dette kan ses som et annet uttrykk for job crafting, som innebærer at helsesykepleierne tilstreber å spare på psykologressursen ved å kontinuerlig benytte seg minst mulig av den. Dette gjøres for å spare psykologkompetansen til de sakene der psykologen oppleves som nødvendig for å kunne håndtere saken på en god måte. Dette kan forventes å ha direkte konsekvenser for hvordan psykologkompetansen benyttes i kommunale tjenester. Det kan for eksempel tenkes at knappe ressurser og en forventning om at psykologen må håndtere de mest komplekse sakene først bidrar til at psykologer sjeldnere jobber med forebyggende psykisk helsearbeid. Bevissthet omkring dette kan bidra til større muligheter for å gjøre aktive prioriteringer omkring hvordan psykologressursen skal brukes i kommunale tjenester.

Som beskrevet viser denne studien hvordan organisatoriske elementer som ressurstilgang, geografisk plassering av samarbeidspartnere i arbeidshverdagen og treffpunkter kan være med på å forme innholdet og omfanget av samarbeid mellom helsesykepleiere og psykologer. Studien har også vist betydningen av relasjonelle faktorer mellom de som skal samarbeide. Dette er praktisk anvendbar kunnskap både på systemnivå, ledelsesnivå, og for de enkelte ansatte. Videre illustrerer studien også at ulike samarbeidspraksiser skapes innenfor like organisatoriske rammer. Dette viser hvordan job crafting blant ansatte også kan være med på å forme samarbeidsinnhold og omfang. Som tidligere nevnt tyder studier på at ikke alle ansatte crafter i jobbene sine, selv om de har mulighet til det (Berg et al., 2013). Det kan for eksempel skyldes at den ansatte ikke er bevisst på muligheten til å påvirke arbeidsoppgaver og relasjoner i arbeidshverdagen sin (Berg et al., 2013). Jeg håper at denne studien kan bidra til en økt bevissthet omkring muligheten man har til å påvirke egen arbeidshverdag, på tross av rammer og begrensninger i form av høyt arbeidspress og ressursknapphet. Gjennom slik bevissthet kan den enkelte ansatt oftere ta bevisste oppgavemessige, relasjonelle og kognitive valg for å forme sin egen arbeidshverdag. Utfallet av slike valg kan for eksempel være at den enkelte fagperson får utnyttet sin unike kompetanse best mulig, i tillegg til en opplevelse av økt trivsel i arbeidshverdagen. Dette vil komme både ansatte, barn og familier til gode.

Referanseliste

- Barne- og likestillingsdepartementet (2009). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatt barn og unge*. NOU 2009: 22. Oslo: Departementets servicesenter Informasjonsforvaltning.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social work*, 48(3), 297-306. <https://doi.org/10.1093/sw/48.3.297>
- Cheung, D. S., Kelly, J. J., Beach, C., Berkeley, R. P., Bitterman, R. A., Broida, R. I., ... & Klauer, K. M. (2010). Improving handoffs in the emergency department. *Annals of emergency medicine*, 55(2), 171-180.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.07.016>
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124-130. https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2
- Dolonen, K. A. (2017, 05. juli). Skolehelsetjenesten har fått egne retningslinjer. *Sykepleien*, hentet fra <https://sykepleien.no/2017/07/skolehelsetjenesten-har-fatt-egne-retningslinjer>
- Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The qualitative report*, 8(4), 597-606.
- Grut, L. (2007). *Tverrfaglig samhandling i psykisk helsearbeid*. (SINTEF rapport). Hentet 05.01.18, fra <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tverrfagligph.pdf>
- Heggland, J. E., Gärtner, K., & Mykletun, A. (2013). Kommunepsykologsatsningen i Norge i et folkehelseperspektiv. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/kommunepsykologsatsningen-i-norge-i-et-folkehelseperspektiv-pdf.pdf>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet 05.01.18, fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Helsestasjons-20og20skolehelsetjenesten.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998* (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Howitt, D. (2010). Qualitative interviewing. I D. Howitt (Red.), *Introduction to qualitative methods in psychology* (s. 57-88). New Jersey: Pearson.
- Ioannidis, J. P. (2007). Limitations are not properly acknowledged in the scientific literature. *Journal of clinical epidemiology*, 60(4), 324-329. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.09.011>
- Kesavan, S., Kelay, T., Collins, R. E., Cox, B., Bello, F., Kneebone, R. L., & Sevdalis, N. (2013). Clinical information transfer and data capture in the acute myocardial infarction pathway: an observational study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 19(5), 805-811. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01853.x>
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer*. Trondheim: Tapir Akademiske forlag.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical care research and review*, 63(3), 263-300. <https://doi.org/10.1177%2F1077558706287003>
- Lie, S. (2015). *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet*. (IS-2483). Oslo: Helsedirektoratet.
- Mickan, S. M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2), 211-217. <https://doi.org/10.1071/AH050211>
- Myrvold, T. M., & Helgesen, M. K. (2009). *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning* (NIBR-rapport 2009:4). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2444719/NIBR-rapport_Myrvold.pdf?sequence=1

- Puhan, M. A., Akl, E. A., Bryant, D., Xie, F., Apolone, G., & ter Riet, G. (2012). Discussing study limitations in reports of biomedical studies-the need for more transparency. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 23. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-23>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
- Rodal, J. & Frank, K. (2008). *Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering* (IS-1565). Oslo: Helsedirektoratet.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M. D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19 (sup1), 132-147.
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J., & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/barn_og_unge_psykiske_helse_forebyggende.pdf
- Smith, J. A. (Ed.). (2015). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. Sage.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tøndel, G. & Ose, S. O. (2014). *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*. (SINTEF rapport). Hentet 05.01.18, fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport_sintef-a26357.pdf
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan og forskrift for helsesykepleierutdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269386-rammeplan_for_helsesosterutdanning_05.pdf

- van Leijen-Zeelenberg, J. E., van Raak, A. J., Duimel-Peeters, I. G., Kroese, M. E., Brink, P. R., & Vrijhoef, H. J. (2015). Interprofessional communication failures in acute care chains: How can we identify the causes? *Journal of interprofessional care*, 29(4), 320-330. DOI: 10.3109/13561820.2014.1003802.
- Van Rijnsoever, F. J., & Hessels, L. K. (2011). Factors associated with disciplinary and interdisciplinary research collaboration. *Research policy*, 40(3), 463-472. <https://doi.org/10.1016/j.respol.2010.11.001>
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* Geneva: World Health Organization.
- Wrzesniewski, A., & Dutton, J. E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *Academy of Management Review*, 26(2), 179- 201.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International journal of nursing studies*, 45(1), 140-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*, (3). DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

” Samarbeid om psykisk helse i skolen – helsesøstres erfaringer ”

Bakgrunn og formål

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke helsesøstres erfaringer med arbeid med psykisk helse i skolen. Mer spesifikt er formålet med studien å utforske hvordan helsesøstre opplever å samarbeide med psykologer om psykisk helse i skolen. Grunnen til at du mottar denne forespørselen er at du er ansatt som helsesøster i skolehelsetjenesten i Trondheim kommune. Jeg har funnet din kontaktinformasjon via Trondheim kommune sine hjemmesider.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer at du vil bli intervjuet av psykologstudent Hanne Ljøkjell Hamstad om din arbeidssituasjon. Intervjuet vil vare i omtrent 1-2 timer. Dette vil foregå på tomannshånd, og vil tas opp på diktafon (lydopptak).

Spørsmålene vil omhandle dine erfaringer med psykisk helsearbeid, og samarbeid i den forbindelse med psykologer. Mer konkret vil det for eksempel dreie seg om hvordan du opplever at det psykiske helsetilbudet i skolen er, og dine erfaringer knyttet til å dekke behovene som er der. Spørsmålene vil også rette seg mot dine erfaringer med samarbeid mellom deg og psykolog, hvordan du opplever deres ulike roller, og arbeidsfordeling mellom dere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil bli transkribert ordrett, anonymisert, og deretter vil lydfilene slettes. Jeg er underlagt taushetsplikt, og opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være undertegnede og veileder som har tilgang til opplysningene. Funnene i studien vil bli publisert i form av en hovedoppgave i psykologi, som vil være tilgjengelig på universitetsbiblioteket ved NTNU. Dine erfaringer vil i hovedoppgaven fremstilles på en slik måte at du ikke vil kunne identifiseres. Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2017. Da vil opptak og alt skriftlig materiale bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du ønsker å delta ber jeg om at du undertegner den vedlagte samtykkeerklæringen.

Ta kontakt med meg, Hanne Ljøkjell Hamstad, dersom du ønsker å delta i studien, eller om du har spørsmål i den forbindelse. Jeg kan kontaktes på telefon: 45294181 eller e-post: hannelj@stud.ntnu.no. Du kan også kontakte min veileder, Anne Iversen ved psykologisk institutt NTNU, på telefon: 73597481 eller e-post: anne.iversen@ntnu.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Med vennlig hilsen,

Hanne Ljøkjell Hamstad
Stud.psychol.
Brøsetvegen 28A
7045 Trondheim

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg, _____ (navn med blokkbokstaver), bekrefter at jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, og har fått anledning til å innhente den informasjon jeg har behov for. Jeg samtykker med dette i å delta i studien.

Jeg godkjenner at det blir brukt lydopptak under intervjuet.

Sted, dato

Signatur

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD



Anne Iversen
Institutt for psykologi NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 06.06.2017

Vår ref: 54306 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54306	<i>Samarbeid om psykisk helse i skolen - helsesøstres erfaringer</i>
Behandlingsansvarlig	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Iversen</i>
Student	<i>Hanne Ljøkjell Hamstad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54306

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Data samles inn gjennom personlig intervju med helsesøstre. Det opplyses at tema for intervjuene vil være rollefordeling, samarbeid, arbeidsoppgaver, erfaringer med psykisk helsearbeid, opplevde utfordringer og styrker. Vi ber om at intervjuguide ettersendes oss på nytt (i et kjent format), da vi ikke får åpnet vedlegget med intervjuguide vedlagt meldingen (send til personvernombudet@nsd.no). Vi minner om at helsesøstre selvsagt ikke kan omtale elever i identifiserbar form av hensyn til taushetsplikten.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Vedlegg 3: REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Marit Hovdal Moan	73597504	31.05.2017	2017/1117/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			24.05.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

anne Iversen
NTNU

2017/1117 Samarbeid om psykisk helse i skolen - helsesøstres erfaringer

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 24.05.2017. Henvendelsen har blitt vurdert av komiteens sekretariat

Komiteens prosjektsammendrag

Komiteen oppfatter prosjektet som en studie designet for å undersøke samarbeidsrelasjoner mellom helsesøstre og psykologer i skolen. Prosjektet har en arbeidspsykologisk innretning hvor helsesøstrenes erfaringer står sentralt.

Vurdering

Komiteen mener at prosjektet framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet omfattes derfor ikke av helseforskningslovens saklige virkeområde, og kan gjennomføres uten nærmere etisk vurdering av REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Merknad

Vi minner om at vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter og kun er å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du ønsker at det skal fattes et formelt enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må du sende inn en full projektsøknad til REK. En projektsøknad blir komitébehandlet iht. oppsatte frister. Dersom det gjøres endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Det må da sendes inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo
sekretariatsleder, REK midt

Marit Hovdal Moan
seniorrådgiver

Besøksadresse:
Fakultet for medisin og
helsevitenskap Håkon Jarls
gate 11, Øya helsehus

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@mh.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

Vedlegg 4: Godkjenning fra Trondheim kommune



TRONDHEIM KOMMUNE
Kommunalsjef barne- og familietjenesten

Hanne Hamstad
Institutt for psykologi, NTNU

Vår saksbehandler
Kristian Mjøen

Vår ref.
17 /26188/040///
oppgis ved alle henv.

Deres ref.

Dato
04.08.2017

Forskningsprosjekt om psykisk helsearbeid i skolen

Takk for henvendelsen om det som ser ut til å bli et spennende, faglig arbeid. Vi ønsker prosjektet velkommen og gir med dette adgang til at det gjennomføres som beskrevet i din søknad og under de forutsetninger som fremgår under.

Vi har notert at hensikten med studien er å undersøke helsesøstres erfaringer med arbeid med psykisk helse i skolen. Arbeidet er en del av en avsluttende hovedoppgave som gjennomføres ved Institutt for psykologi, NTNU. Prosjektet er meldt NSD.

Vi har videre lagt til grunn at du, for å gjennomføre dine undersøkelser, trenger å intervju 6-8 helsesøstre. Ett intervju har en ramme på 1-2 timer. Det er utarbeidet informasjon / samtykkeskjema til informantene, og intervjuguide er oversendt kommunen.

Trondheim kommune forutsetter at all deltagelse er frivillig for informantene. Kommunen kan oppfordre, men vil ikke pålegge medarbeidere å delta. De enheter som blir berørt vil bli informert om denne beslutningen.

Når oppgaven er ferdig ber vi om at Trondheim kommune, ved rådmannen, mottar elektronisk kopi av oppgaven slik at kunnskapen kan brukes til å utvikle det kommunale tilbudet. Oppgaven kan sendes til tk.postmottak@trondheim.kommune.no. Oppgi vår referanse over.

Trondheim kommune kontaktperson i denne saken vil være seniorrådgiver Mette Berntsen, mette-harriet.berntsen@trondheim.kommune.no.

Lykke til med det videre arbeidet!

Postadresse:
TRONDHEIM KOMMUNE
Kommunaldirektør organisasjon

Besøksadresse:

Telefon:
+47

Telefaks:
+47

Organisasjonsnummer:
NO 942 110 464

E-postadresse:
Internettadresse:

Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide

Hvordan opplever et utvalg helsesøstre samarbeidet med psykolog i arbeidshverdagen sin?

Generelle oppfølgingsspørsmål:

Kan du fortelle mer om det?

Kan du gi meg et eksempel?

Hva synes du om det?

Hvorfor? På hvilken måte?

Hvordan?

Hva tenkte du da?

Hva gjorde du?

Hvordan følte du deg?

Oppklaringer:

Hva mener du med...?

Er det riktig å si at du opplever at...?

Du mener altså at...?

Bakgrunnsopplysninger

- Antall år som helsesøster

Helsesøsters arbeidsoppgaver

- Kan du fortelle meg hva du gjør i jobben din?

Psykisk helsearbeid

- Kan du beskrive hvilke arbeidsoppgaver du har knyttet til psykisk helse?
- Kan du fortelle om en nylig episode der du arbeidet med psykisk helse?

Samarbeid

- Har du kontakt med psykologer gjennom jobben din?
 - Fortell mer/ På hvilken måte?
 - Kan du fortelle om hvilke fora dere møtes i?
 - Er det flere ulike psykologer?
 - Hvordan opprettes kontakten mellom dere?
- Hva er vanlige årsaker til at du tar/har kontakt med en psykolog? Hva samarbeider dere om?
 - Kan du beskrive den siste kontakten/samarbeidet dere hadde?
 - Hvor mye/ofte har dere kontakt? Hvordan opplever du tilgangen?
 - Hvordan avgjør du hvorvidt det er behov for å involvere psykolog i en bestemt sak?
 - Er det noen problemstillinger du tenker at det er mer hensiktsmessig å samarbeide om enn andre?
 - Hva opplever du er forskjellen på når du har med psykolog kontra når du ikke har med psykolog i en samtale med foreldre f.eks?
 - Er det andre situasjoner enn de vi har vært inne på nå som kan gjøre at du har kontakt med psykolog?
- Hva er viktig for deg i arbeidsrelasjonen til psykologen?
 - Hva synes du fungerer godt i arbeidsrelasjonen din til psykolog?
 - Hva synes du ikke fungerer så godt i arbeidsrelasjonen til psykolog?
 - Hvor relevant opplever du at psykologene er for den jobben du gjør?

- På hvilken måte hadde arbeidshverdagen din vært annerledes dersom det ikke var ansatt psykologer i kommunen?
- Dersom du skulle beskrive arbeidsrelasjonen mellom deg og psykolog, hvilke ord ville du brukt?
- Kan du fortelle om en kontakt med psykolog som gjorde inntrykk på deg, eller som du opplevde som særlig positivt?
 - Hva var det som gjorde at dette møtet var spesielt positivt?
 - Er dette typisk for samarbeidet?
- Kan du fortelle om et møte/samarbeid som du opplevde utfordrende?
 - Hva var det som gjorde at dette var utfordrende?
 - Er dette vanlig/typisk?

Roller

- Hvordan er rollefordelingen mellom deg og psykolog?
 - Ulik/lik kompetanse?
 - På hvilken måte er rollene dere i mellom avgrenset?
- Hvilke forventninger har du til psykologen?
 - Hvilke forventninger tror du psykologen har?

Endring i arbeidsoppgaver over tid

- Har det skjedd noen endringer i løpet av tiden din som helsesøster når det kommer til kontakt med psykologer?
 - På hvilken måte?
 - Hvorfor tror du disse endringene har skjedd?
 - Hva synes du om endringene?
- Hva synes du om situasjonen slik den er i dag? Hvordan burde det vært?
- Hvordan ville arbeidshverdagen din vært annerledes dersom du hadde mer/mindre samarbeid med psykolog?
- Hva er ønsket ditt for hvordan det skal være framover?

Annet

- Hvis du skulle komme med noen råd... Hva mener du ville være en forbedring fremover, i arbeidsfordelingen/relasjonen/samarbeidet mellom deg og psykologen?
 - Hvordan kan det bli bedre?

Er det andre ting enn det vi har kommet inn på til nå som du vil trekke fram?

