

Astrid Gisnås og Karina Wenaas

Helsepersonells erfaringer med tverrfaglig foreldrearbeid i spisetem

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Siri Weider og Nina Jakhelln Laugen

Desember 2022

Astrid Gisnås og Karina Wenaas

Helsepersonells erfaringer med tverrfaglig foreldrearbeid i spiseteam

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Siri Weider og Nina Jakhelln Laugen
Desember 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

Forord

En felles interesse for sped- og småbarn og sammenhenger mellom psykologi og somatikk, gjorde at vi gledelig takket ja til muligheten vi fikk til å forske på Spiseteam ved Barne- og ungdomsklinikken (BUK) Øya, St. Olavs hospital. Etter å ha tilegnet oss mer informasjon om spiseteamet og deres arbeid, ønsket vi å finne ut mer om teamets erfaringer med å jobbe tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Som to gode venner gjennom studieløpet, falt det seg naturlig for oss å samarbeide tett under prosessen. Dette innebærer at de ulike delene av arbeidet i stor grad er gjort i fellesskap. Samtidig har det vært nødvendig å fordele oppgaver mellom oss, noe som blant annet har medført en rollefordeling under fokusgruppeintervjuet, samt overordnede, individuelle ansvar for temaene i skrivearbeidet. Samarbeidet har vært en kilde til engasjement og motivasjon, og det har opplevdes som meningsfullt å jobbe sammen om et prosjekt hvor temaet nettopp omhandler samarbeid. En mulig ulempe ved å jobbe flere sammen, kan være at man havner i et ensidig spor hvor man lettere sier seg enig med hverandre. Vi opplever derimot at samarbeidet har muliggjort rike diskusjoner hvor vi stadig har utfordret hverandres synspunkter, samt vært kritiske til både utførelsen og formidlingen av forskningen.

Vi ønsker å takke psykologspesialist Silja Berg Kårstad for innspill til prosjektideen og for å sette oss i kontakt med spiseteamet. Videre vil vi takke informantene våre for at dere både ønsket og satte av tid til å delta i studien. Takk for at dere åpent og raust delte deres erfaringer med oss, og for innblikket dere har gitt i det viktige arbeidet dere gjør. En takk rettes også til våre kjære medstudenter som vi har kunnet dele erfaringer og drøfte problemstillinger med i vår felles, kvalitative veiledningsgruppe. Til slutt vil vi takke veilederne våre, Siri Weider og Nina Jakhelln Laugen ved Institutt for psykologi, NTNU, for god støtte og tilgjengelighet, samt punktlig veiledning under hele prosessen.

Astrid Gisnås og Karina Wenaas

Trondheim, desember 2022

Sammendrag

Spisevansker hos barn kan komme til uttrykk som et anstrengt forhold til måltidsituasjoner, vegring mot å spise, og/eller et selektivt eller begrenset spisemønster. Som følge av spisevanskers komplekse og sammensatte natur, anbefales en tverrfaglig tilnærming i behandling av denne problematikken. Tidligere forskning på spisevansker hos barn har fokusert på organiseringen og effekten av tverrfaglige behandlingsteam, såkalte spiseteam, samt foreldres erfaringer med en slik oppfølging. Det eksisterer derimot lite eller ingen forskning på erfaringene til fagpersonene som jobber innenfor rammene av disse tverrfaglige spiseteamene. Denne studiens formål har derfor vært å generere kunnskap og innsikt i helsepersonells erfaringer med tverrfaglig samarbeid for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Datamaterialet har blitt samlet inn gjennom et fokusgruppeintervju med seks informanter fra Spiseteam BUK Øya ved St. Olavs hospital, og deretter blitt analysert med refleksiv tematisk analyse. Studien er utført innenfor et kritisk-realistisk rammeverk.

Oppsummert indikerer resultatene at informantene opplever det som nyttig å hjelpe foreldrene til barn med spisevansker gjennom en tverrfaglig tilnærming. Det kommer frem at de erfarer det tverrfaglige samarbeidet som effektivt og at den helhetlige tilnærmingen fører til god pasientbehandling. En viktig medvirkende årsak til dette er at de gjennom kompetanseutveksling og fordeling av arbeidsoppgaver opplever at de blir mer og mer samkjørte. Relatert til dette erfarer de at de gjennom det tverrfaglige samarbeidet har funnet tilnærminger som står sentralt i foreldrearbeidet på tvers av profesjoner, hvor særlig trygging trekkes frem som sentralt. Fokuset på trygging ses i sammenheng med hvilke mekanismer spiseteamet erfarer at har innvirkning på deres arbeid. En opplevelse er at et snevrere normalbegrep angående barns spising og matvaner kan medføre uhensiktsmessig bekymring og stress blant foreldre. Dette belyser at det kreves mer kunnskap og forskning på området for å kunne forebygge alvorlige spisevansker.

Nøkkelord: *spisevansker, spiseteam, tverrfaglig samarbeid, tverrfaglighet, foreldre, biopsykososial modell, kritisk realisme, refleksiv tematisk analyse.*

Abstract

Feeding disorders in children may be expressed as a strained relationship to situations involving meals, aversion to eating and/or a selective or limited eating pattern. As a result of the complex and composite nature of feeding disorders, an interdisciplinary approach is recommended in the treatment of this problem. Previous research of feeding disorders in children has focused on the organization and effect of interdisciplinary treatment teams, so-called feeding teams, as well as the experience of parents with such follow-up.

Notwithstanding, little or no research exists on the experiences of the professionals working within the framework of these interdisciplinary feeding teams. Therefore, the aim of this study has been to generate knowledge and insights into the experiences of health personnel with interdisciplinary collaboration in order to help parents of children with feeding disorders. The data has been collected through a focus group interview with six informants from Spiseteam BUK Øya (Feeding Team at Øya's Children's and Youth Clinic) at St. Olav's Hospital, and thereafter analyzed with reflexive thematic analysis. The study is conducted within a critical-realistic framework.

In summary, the results indicate that the informants find it useful to help the parents of children with feeding disorders through an interdisciplinary approach. It appears that they experience the interdisciplinary collaboration as effective and that the holistic approach leads to good treatment of the patients. An important contributing factor to this is that through exchange of expertise and distribution of work tasks, they experience that they become progressively more coordinated. In relation to this, they find that through the interdisciplinary collaboration, approaches have been discovered that are central to parental work across professions, where reassurance is highlighted as central. The focus on reassurance is seen in the context of which mechanisms the feeding team experiences as having an impact on their work. One experience is that a narrower concept of what is considered normal regarding the eating habits of children can lead to inappropriate worry and stress among parents. This illustrates that more knowledge and research is required in the field in order to be able to prevent severe feeding disorders.

Key words: *feeding disorder, feeding team, interdisciplinary collaboration, interdisciplinarity, parents, biopsychosocial model, critical realism, reflexive thematic analysis.*

Innhold

Bakgrunn.....	1
Spisevansker.....	2
Klinisk helsepsykologi og den biopsykososiale modellen.....	2
Foreldrearbeid	4
Tverrfaglig samarbeid	4
Tverrfaglige team i behandlingen av spisevansker hos barn.....	7
Spiseteam BUK Øya	8
Oppsummering og formål	10
Vitenskapsteoretiske og metodiske valg	11
Metode	15
Datainnsamling.....	16
Analyse.....	18
Personvern og forskningsetikk	23
Resultater	25
Hovedtema én – «Jo mer tverrfaglig vi jobber, desto mer samkjørte blir vi».....	26
Hovedtema to – Trygging – en nøkkel til å hjelpe foreldrene	31
Hovedtema tre – «Det handler jo om å øke kunnskapen der ute».....	35
Diskusjon	39
Tverrfaglig samarbeid medfører effektivitet og tilgjengelighet.....	40
En helhetlig tilnærming som trygger.....	43
Holdninger til spising og en tverrfaglig kontekst påvirker spiseteamets erfaringer	44
Styrker og begrensninger	48
Implikasjoner.....	51
Konklusjon.....	53
Referanser	54
Vedlegg.....	62

Vedlegg A: Infoskriv med samtykkeskjema til informanter	62
Vedlegg B: Intervjuguide	65
Vedlegg C: Behandlet fremleggsvurdering fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).....	67
Vedlegg D: Godkjenning av prosjekt fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)	70
Vedlegg E: Godkjenning av prosjekt fra Barne- og ungdomsklinikken (BUK)	72

Bakgrunn

Sammenlagt viser norske undersøkelser at rundt 30% av foreldre oppgir at barnet deres har problemer knyttet til spising eller mat (Astrup et al., 2020; Paulsen et al., 2020). I tilfeller hvor utfordringer med spising gir konsekvenser for barnets utvikling og helse, og barnet ikke får næringsbehovet sitt tilstrekkelig dekket, snakker man om spisevansker (Helse Stavanger, 2021). Det anslås at mellom 1 og 5% av alle barn har behandlingstrengende spisevansker, men at forekomsten er høyere innenfor enkelte diagnosegrupper (Oslo universitetssykehus, 2022). Som et eksempel viser en litteraturgjennomgang at opptil 80% av barn med utviklingsmessige forsinkelser har komorbide spisevansker (Manikam & Perman, 2000). En nasjonal prevalensstudie fra USA viser at årlig forekomst av spisevansker blant barn med kroniske sykdommer er mellom 20 og 35% (Kovacic et al., 2021).

Alvorlige spisevansker kan ha en rekke negative konsekvenser for barnets helse. I tillegg kan det innebære betydelig emosjonell belastning på barnas foreldre (Budd et al., 1992; Craig et al., 2007), samt høye økonomiske kostnader for både omsorgsgiverne og helsesystemet (Feeding Matters, 2019). Sammenlagt understreker dette viktigheten av forskning som søker å generere mer kunnskap om og forståelse av denne problematikken, samt hvordan den kan forebygges og behandles. Spisevansker hos yngre barn kan være relatert til både medisinske, psykologiske og ernæringsmessige faktorer (Oslo universitetssykehus, 2019). Dette belyser en sammensatt og kompleks problematikk som krever at ulike faggrupper samhandler for å sikre effektiv undersøkelse og behandling (Lukens & Silverman, 2014). En arbeidsmetode som har vist seg å være effektiv for pasientgruppen er tverrfaglige behandlingsteam, såkalte spiseteam. Mesteparten av forskningen på tverrfaglige spiseteam har blitt gjennomført på kvantitativt nivå, og sier noe om hvorvidt de ulike tilbudene er effektive (e.g., Serban et al., 2020; Sharp et al., 2020).

Bruk av kvalitative metoder kan på sin side gi dypere innsikt i ulike personers erfaringer og synspunkt. Det har blitt gjennomført flere kvalitative studier på foreldres opplevelser av å ha et barn med spise- og ernæringsvansker, samt hvilke erfaringer de har hatt med gitt behandling (e.g., Craig et al., 2007; Estrem et al., 2016; Simione et al., 2020). Derimot eksisterer det, så vidt vi kjenner til, få eller ingen kvalitative studier på helsepersonell sine erfaringer med å jobbe i tverrfaglige spiseteam. Slik kunnskap kan være viktig i utviklingen av tjenestetilbudet ved å se på hva som erfares som velfungerende og ikke. Dette kan videre ha positive følger for pasientgruppen og pårørende. I tillegg kan erfaringene vise til sentrale faktorer for å kunne lykkes med tverrfaglig samarbeid mer

generelt. Denne studien har derfor til hensikt å undersøke nettopp hvilke erfaringer helsepersonell i et tverrfaglig team har med å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Datamaterialet er samlet inn gjennom et fokusgruppeintervju, hvor utvalget er representanter fra Spiseteam BUK Øya, lokalisert ved St. Olavs hospital i Trondheim.

Spisevansker

Spisevansker hos barn kan vise seg ved at barnet har et anstrengt forhold til måltidsituasjoner og/eller vegrer seg for å spise. Videre kan det innebære et selektivt eller begrenset spisemønster (Helse Stavanger, 2021). Spisevanskene gjør at barnet ikke oppnår de utviklingsmessige milepælene som forutsettes for å kunne spise selvstendig og ha normal variasjon i kostholdet, og faller ikke under kategoriene spiseforstyrrelse eller fedme (Oslo universitetssykehus, 2022). Flere ulike forhold kan disponere for spisevansker, deriblant medisinske tilstander (som prematuritet og reflukssykdom), genetiske sykdommer (som autismespekterforstyrrelser og Downs syndrom), psykososiale faktorer, samt negative spiseerfaringer (Field et al., 2003; Oslo universitetssykehus, 2022; Volkert et al., 2016, s. 137). Det eksisterer ulike måter å klassifisere spisevansker på, men fordi vi i denne studien undersøker ett spesifikt spiseteam i Norge, nemlig Spiseteam BUK Øya, har vi i den påfølgende beskrivelsen av spisevansker basert oss på hvordan St. Olavs hospital kategoriserer vanskene (St. Olavs hospital, 2021).

Spisevansker hos barn kan deles inn i tre typer, hvor barnet kan tilfredsstille kravene for én eller flere av disse: vansker knyttet til mengde, vansker knyttet til konsistens og vansker knyttet til kostholdets sammensetning (St. Olavs hospital, 2021). Førstnevnte omtales ofte som spisevegring, og kan komme til uttrykk som redusert appetitt, manglende interesse for eller avvising av mat. Ved konsistensvansker eller oralmotoriske vansker, har barnet problemer med å spise eller drikke konsistenser som er forventet ut ifra alder og utvikling. Vansker knyttet til kostholdets sammensetning, ofte omtalt som selektivt kosthold, særspising eller ekstrem kresenhet, handler om at barnet avviser all mat med unntak av et begrenset utvalg (St. Olavs hospital, 2021). Spisefunksjon og næringsinntak er primært for barns utvikling, og spisevansker kan ha langvarig, negativ innvirkning på barnets fysiske helse, kognitive funksjon, samt adaptive og sosiale ferdigheter (Clark et al., 2019; Sharp et al., 2010).

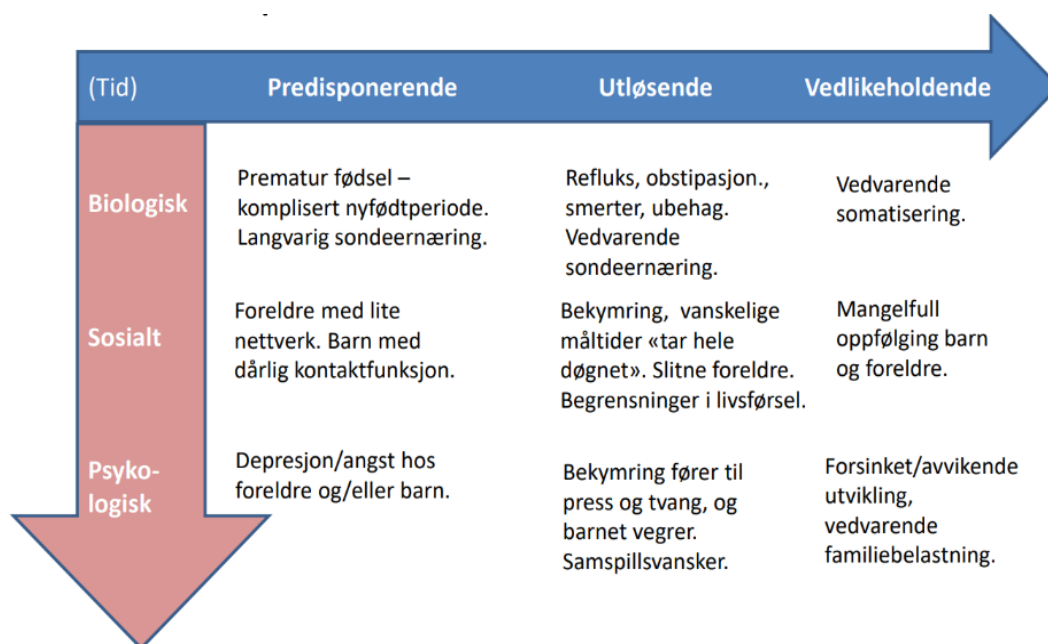
Klinisk helsepsykologi og den biopsykososiale modellen

Som følge av at somatiske helseplager er nært knyttet til både psykologiske og sosiale utfordringer, er det relevant å forsøke å forstå spisevansker ut ifra et klinisk helsepsykologisk

rammeverk. Klinisk helsepsykologi bygger på en biopsykososial forståelsesmodell, som innebærer å ta hensyn til både sykdomsperspektivet, utviklingsperspektivet og familieperspektivet (Oslo universitetssykehus, 2019). Et eksempel på dette i relasjon til spisevansker er at tidlige livserfaringer relatert til sykdom kan medføre forsinket spiseutvikling og samspillsvansker i måltidsituasjoner (Oslo universitetssykehus, 2019). Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker anbefaler i sin veileder at spisevansker både bør forstås og behandles med utgangspunkt i et biopsykososialt perspektiv (Oslo universitetssykehus, 2019). Dette for å sikre en mer helhetlig sykdomsforståelse. Relatert til dette forsøker den biopsykososiale modellen å forklare vansker gjennom predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer (Oslo universitetssykehus, 2019). Eksempler på hvordan spisevansker kan forstås innenfor dette rammeverket presenteres i figuren nedenfor:

Figur 1

Figur som illustrerer en biopsykososial forståelse av spisevansker



Figur hentet med tillatelse fra presentasjonen *Tverrfaglighet, utredning og behandling: en utfordrende prosess* (Schiørbeck, u.d.).

Innenfor klinisk helsepsykologi er det et overordnet fokus på å styrke pasienters og pårørendes mestringsressurser (Berge & Lang, 2011). Dette henger sammen med at

helsevesenets største utfordring er vedvarende og tilbakevendende lidelser, og at det derfor er nødvendig at behandling og oppfølging er rettet mot å sette pasienter i stand til å mestre egen sykdom (Berge & Lang, 2011). Klinisk helsepsykologi vektlegger at psykologiske prinsipper skal integreres i tiltak rettet mot både pasienten og systemene rundt, og at man på den måten kan styrke behandlingstilbudet for pasienter med somatiske tilstander (Berge & Lang, 2011). En viktig forutsetning for klinisk helsepsykologi blir derfor tverrfaglig samarbeid. I tråd med dette fordrer den biopsykososiale forståelsen en koordinering av tilnærminger fra ulike fagprofesjoner, noe som videre kan møte samfunnets og helsetjenestenes behov for effektive, koordinerte tjenester (Berge & Lang, 2011).

Foreldrearbeid

Foreldrearbeid utgjør en betydelig del av behandlingen av barns spisevaner. Tidligere studier har funnet at hverdagslivet til foreldre som har barn med spisevaner i stor grad dreier seg om å få barnet til å spise (Bamigbade et al., 2022; Hewetson & Sing, 2009). I en studie gjennomført av Budd og kollegaer (1992) fant man at foreldre til barn med spisevaner forårsaket av medisinske årsaker, var i risiko for høyt, emosjonelt stressnivå. Dette er av betydning fordi det videre kan ha en negativ påvirkning på foreldre-barn-relasjonen (Powers et al., 2002). Bekymring og stress er normale reaksjoner hos foreldre til barn som på ulike måter strever med å spise (St. Olavs hospital, 2021). Fordi man som omsorgsgiver har et grunnleggende ansvar for å sikre det barnet trenger ernæringsmessig, kan det å ikke mestre denne oppgaven gi opphav til redusert selvtillit og mestringstro i foreldrerollen (Craig et al., 2007). Et viktig poeng er at slike reaksjoner kan virke opprettholdende og forsterkende på vanskene, noe som understreker betydningen av å ha fokus på dette i behandling (Finnane et al., 2017; Kerzner et al., 2015; St. Olavs hospital, 2021). Foreldrenes stress og reaksjoner kan smitte over på barna, som igjen kan føre til mer unngåelse fra barnets side i måltidsituasjoner. I tråd med dette demonstrerte Greer og kollegaer (2008) en sammenheng mellom foreldrestress og negativ atferd hos barnet under måltider. En slik spiral kan fortsette dersom det ikke blir igangsatt intervensjoner som kan hjelpe omsorgsgiveren til å møte utfordringene på en mer hensiktsmessig måte (Craig et al., 2007).

Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglige team er en allmenn akseptert arbeidsform for å kunne yte medisinsk og psykisk helsehjelp (Schofield & Amodeo, 1999). Tverrfaglig samarbeid innenfor helsevesenet innebærer at aktuelle representanter fra ulike fagfelt samhandler om et felles mål

som er til det beste for pasienten eller brukeren av en helsetjeneste (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 55). Denne måten å organisere helsetjenester på har i senere tid fått økende oppmerksomhet i både litteratur og forskning, og blir i disse sammenhengene beskrevet som en tids- og kostnadseffektiv arbeidsmetode, som er formålstjenlig i et helsesystem preget av et stadig økende pasientpress (e.g., Lauvås & Lauvås, 2004; San Martín-Rodríguez et al., 2005; Sharp et al., 2017). I overensstemmelse med dette, fremhever Verdens helseorganisasjon tverrfaglige samarbeid som en av de mest gunstige måtene å tilby helsetjenester på for å kunne møte sammensatte helseutfordringer (World Health Organization (WHO), 2010).

Flere empiriske studier viser også til positive virkninger ved implementeringen av tverrfaglige arbeidsmetoder. En litteraturgjennomgang av Mickan (2005) basert på 15 tverrfaglige behandlingsteam, belyste at effektive tverrfaglige helseteam kan føre til positive avkastninger på både organisasjons-, team-, og pasientnivå (Mickan, 2005). På organisatorisk nivå ble både reduserte kostnader og kortere behandlingstid, samt økt tilgjengelighet for pasientene identifisert som betydningsfulle utfall. Forbedrede koordinerte tjenester og en mer effektiv bruk av ressurser ble trukket fram som sentrale faktorer på teamnivå, og dette ble særlig sett i sammenheng med færre konsultasjoner, som igjen har betydning for behandlingstid og helsekostnader (Mickan, 2005). På pasientnivå viste litteraturgjennomgangen at effektive tverrfaglige helseteam var assosiert med økt tilfredshet med den gitte behandlingen, samt en økning av positive behandlingsutfall (Mickan, 2005).

Forskjellen på tverrfaglighet og flerfaglighet

Et begrep som er nært beslektet med tverrfaglighet, er flerfaglighet. Det er imidlertid viktig å presisere at disse er kvalitativt forskjellige fra hverandre. Ved en flerfaglig tilnærming jobber fagpersoner med ulike profesjonsbakgrunner parallelt med separate fagområder. Til tross for at disse fagpersonene gir bidrag som til sammen er med på å belyse og løse oppgaver, samt levere helsetjenester til pasienten, foregår det ikke direkte kontakt eller aktiv kompetanseutveksling mellom dem (Rønbeck, 2007). I praksis kan dette innebære at helsepersonell videreformidler observasjoner og intervensjoner via journalsystemet, til andre faggrupper som skal inn i en pasientsak. Etter en slik arbeidsmodell er ikke nødvendigvis tiltak samordnet ut ifra en felles prioritering og målsetting (Oslo universitetssykehus, 2019). Flerfaglighet kan imidlertid ses på som en forutsetning for tverrfaglighet (Rønbeck, 2007). Forskjellen er at tverrfaglig arbeid innebærer at ulike yrkesgrupper går sammen om en oppgave, og at det foregår forhandling og en faglig interaksjon mellom de ulike medlemmene (Oslo universitetssykehus, 2019; Rønbeck, 2007). Dette gjør at det opparbeides en kollektiv

forståelse og kompetanse på tvers av de ulike fagpersonene som inngår i samarbeidet. På denne måten kan man løse problemer med utgangspunkt i en felles kunnskapsbank som utgjør mer enn den avgrensede kunnskapen og forståelsen som hver enkelt fagperson besitter (Rønbeck, 2007).

Hemmende og fremmende faktorer for et godt tverrfaglig samarbeid

Ulike studier har undersøkt hvilke faktorer som kan virke hemmende og fremmende på tverrfaglig samarbeid. I en litteraturgjennomgang av San Martín-Rodríguez og kollegaer (2005) ble det funnet tre kategorier av kriterier som antas å ha betydning: systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorer.

Systemiske faktorer. Systemiske faktorer er de som befinner seg utenfor selve organisasjonen, og som påvirker det tverrfaglige samarbeidet gjennom de holdninger medlemmene bringer med seg. Slike faktorer kan være kultur, utdanningssystem eller profesjonssystem (San Martín-Rodríguez et al., 2005). For denne oppgaven anses det som relevant å beskrive utdanningssystem og profesjonssystem som mulig påvirkende systemiske faktorer for spisetimet. Når det kommer til utdanningssystemet, handler denne faktoren om at ulike fagprofesjoner ofte er godt sosialisert inn i kompetansen og forståelsen som presenteres i det utdanningsløpet de selv har gått (e.g., Reese & Sontag, 2001), men at de ofte mangler kunnskap om hva andre faggrupper innehar av kompetanse og ferdigheter, samt hvilke helsepraksiser de kan ta ansvar for (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Flere studier poengterer at denne manglende forståelsen er en av de viktigste begrensningene for utviklingen av gode samarbeidspraksiser i helsetjenester (e.g., Hanson et al., 2000; Reese & Sontag, 2001). Profesjonssystemet viser til de verdiene og perspektivene som etableres innenfor ulike profesjoner. Helsepersonell kan sies å gjennomgå en sosialisering i sin arbeidshverdag, hvor de fordypes i nettopp disse verdiene og perspektivene (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Et eksempel kan være en grunnleggende tanke om hvordan man burde tilnærme seg en bestemt pasientgruppe. Det påpekes at for store forskjeller mellom fagpersoner kan være potensielle kilder til konflikt, og dermed være et hinder for vellykket samarbeidspraksis (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Organisatoriske faktorer. Organisatoriske faktorer omhandler elementer som organisasjonsstruktur, grunnfilosofi, ressurser og koordinering av tjenesten (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Det påpekes at det ofte er nødvendig med en flat struktur heller enn en tradisjonell hierarkisk struktur dersom målet er å etablere et arbeidsklima som oppmuntrer

til samarbeid (San Martín-Rodríguez et al., 2005). En av de viktigste faktorene for at fagpersoner skal kunne lykkes med et tverrfaglig samarbeid, er at de har tid og mulighet til å møtes på felles samarbeidsarenaer for å delta i direkte kommunikasjon og beslutningstaking med hverandre. Dette fordrer at helseforetakene prioriterer ressurser som nettopp legger til rette for dette (Oslo universitetssykehus, 2019; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Organisasjonsfilosofien har også betydning for samarbeidet. Forskning peker på at et verdsett som støtter opp om deltakelse, rettferdighet og gjensidig avhengighet virker fasiliterende på samarbeidet i ulike helseteam (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Relasjonelle faktorer. Relasjonelle faktorer peker på de mellommenneskelige prosessene som utspiller seg i det tverrfaglige samarbeidet. Dette involverer også de egenskapene helsepersonellet selv innehar, samt hvordan disse benyttes i og påvirker interaksjonen mellom teammedlemmene (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Eksempler på slike faktorer er tillit, kommunikasjon og gjensidig respekt, samt evne og vilje til å samarbeide med hverandre. Gjensidig respekt handler i stor grad om å anerkjenne og verdsette de ulike fagpersonenes kompetanse og bidrag i arbeidet (San Martín-Rodríguez et al., 2005), og har vist seg som en sentral faktor for vellykket samarbeid (e.g., D'Amour et al., 1999). Disse prosessene er videre nært knyttet opp mot tillit, og en tro på at teamets ulike medlemmer innehar tilstrekkelig kompetanse, samt gjennomfører tildelte arbeidsoppgaver (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Videre er det en forutsetning for effektivt, tverrfaglig samarbeid at helsepersonellet har kjennskap til hverandre og hvilken kunnskap de ulike fagpersonene i teamet besitter (Oslo universitetssykehus, 2019). Dette fordrer nettopp en åpenhet for andre perspektiver, og en villighet til å lære av hverandre (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Tverrfaglige team i behandlingen av spisevansker hos barn

Tverrfaglighet blir både i nasjonale retningslinjer og øvrig litteratur beskrevet som viktig i oppfølgingen av barn med spise- og ernæringsvansker. Hovedårsaken til dette er at spisevansker både er komplekse og sammensatte. Både medisinske, ernæringsmessige og psykososiale forhold antas å spille en rolle i utviklingen og opprettholdelsen av problematikken (Sharp et al., 2020). Følgelig fordrer en forståelse av spisevansker kunnskap om en rekke ulike faktorer: barns normale utvikling, ernæringsbehov, sensorisk prosessering, motorikk, aktuelle tilstander eller diagnoser som kan interagere med spising, samt foreldrestil og samspill. Gjennom tverrfaglige helseteam kan man sikre en mer helhetlig og sammenhengende undersøkelse, forståelse og oppfølging av denne pasientgruppen. En

metaanalyse gjennomført av Sharp og kollegaer (2017) tok utgangspunkt i 11 studier for å undersøke behandlingseffekten av tverrfaglige tilnærminger for barn med kompliserte medisinske problemer og/eller utviklingshistorier, samt vedvarende spise- og ernæringsvansker. Studien konkluderte med at tverrfaglige team burde bestå av følgende faggrupper: psykologer, leger, ernæringsfysiologer og logopeder. Dette for å kunne undersøke og behandle både atferdsmessige, organiske, ernæringsmessige og orale utfordringer knyttet til spisevansker (Sharp et al., 2017). Metaanalysen konkluderte med at tverrfaglige behandlingstilnærminger hadde klare fordeler for pasientgruppen (Sharp et al., 2017). Tidligere analyser har i tråd med dette også rapportert om konsistente, positive effekter (e.g., Lukens & Silverman, 2014; Sharp et al., 2010; Volkert & Piazza, 2012). Det har i tillegg blitt undersøkt hvilke effekter en tverrfaglig behandlingstilnærming kan ha på omsorgsgiveres stressnivå, noe som igjen kan påvirke behandlingsutfallet. I en studie gjennomført av Greer og kollegaer (2008) fant man at intensive, tverrfaglige behandlingsmetoder var assosiert med en signifikant reduksjon av omsorgsgiveres stressnivå. Videre ble det anbefalt at klinikere som jobber med denne målgruppen vier oppmerksomhet til omsorgsgiverens bekymringer og stress gjennom fokus på sosial støtte.

Spiseteam BUK Øya

De første spiseteamene i Norge ble etablert på 1990-tallet, og siden den gang har det blitt organisert en rekke slike team i landet (Oslo universitetssykehus, 2019). I 2021 ble det gjennomført en landsdekkende kartlegging av tverrfaglige behandlingstilbud til barn med spisevansker, som viste at totalt 15 foretak har et tilbud ved Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) og 15 ved Barne- og ungdomsavdelinger (Oslo universitetssykehus, 2021). Barne- og ungdomsklinikken (BUK) er en avdeling ved St. Olavs hospital med ansvar for barn og ungdom fra 0 til 18 år. BUK har to tverrfaglige spiseteam som arbeider med utredning og behandling av barn og ungdom med spise- og ernæringsvansker. Det ene teamet er lokalisert ved Trondsletten habiliteringssenter (Spiseteam HABU), og det andre ligger ved BUK på Øya (Spiseteam BUK Øya). Det er representanter fra faggruppene i sistnevnte team som utgjør utvalget i denne studien.

Spiseteam BUK Øya består av til sammen 10 fagpersoner, hvor følgende profesjoner er representert: lege, psykologspesialist, klinisk ernæringsfysiolog, sykepleier, logoped og ergoterapeut. Spiseteam BUK Øya slik det er organisert i dag ble etablert høsten 2019. Det eksisterte tilbud for barn med spisevansker ved avdelingen også før denne tid. Faggrupper som lege, klinisk ernæringsfysiolog, ergoterapeut og psykolog samarbeidet om

pasientgruppen blant annet gjennom felles konsultasjoner. Medlemmene i Spiseteam BUK Øya arbeidet likevel i større grad hver for seg med pasientene, og det var utfordrende å finne felles tid i timeplanen. Høsten 2019 ble det etablert en koordinatorfunksjon, som ivaretas av to av medlemmene i teamet. Dette samlet helsepersonellet til ett samlet og strukturert team. De nåværende medlemmene har i dag en 20% stilling i spiseteamet, som i praksis innebærer at hver onsdag er satt av til arbeid med pasienter som omfattes av spiseteamets tilbud. I tillegg møtes det tverrfaglige teamet til felles stormøter annenhver uke, der nyhenvisninger og pasientsaker drøftes. Nedenfor følger en oversikt over rollefordelingen og noen av arbeidsoppgavene til faggruppene i spiseteamet. Denne oversikten bør forstås som en forenkling, og har til hensikt å gi leseren et overordnet innblikk i hva de ulike fagpersonene gjør og besitter av kompetanse.

Tabell 1

Oversikt over ansvarsområde og arbeidsoppgaver til de ulike fagpersonene i spiseteamet

Profesjon	Ansvarsområde og arbeidsoppgaver
Lege	Ansvar for det medisinske, inkludert utredning av somatiske tilstander. Ansvar for barn som har en kronisk sykdom i tillegg til spisevansker. Vurdering av hastegrad og hvorvidt det er nødvendig med innleggelse. Ansvar for blodprøvetaking og utskriving av resepter.
Psykolog	Kartlegging av psykososiale forhold, samt utløsende og opprettholdende faktorer. Støtte foreldre gjennom samtale. Utviklingskartlegging og veiledning i skole og barnehage. Trygge og forberede barn. Fokus på traumatiske erfaringer. Videreformidling av informasjon til primærhelsetjenesten og aktivering av videre tiltak.
Ernæringsfysiolog	Vurdering av kosthold og næringsinntak. Ansvar for å berike opp/sørge for energitett mat. Gi råd om tilskudd. Vurdering av behov for sondeemat, inkludert type, mengde, hastighet og måten å gi på. Følge med på oppkastproblematikk.
Logoped	Vurdering og opptrening av oralmotorikk. Gjennomføring av måltidsobservasjoner og videofluroskopi. Samarbeid med barnehage, skole og foreldre. Oppfølging og rådgivning der det er behov for konsistenstilpasning.
Ergoterapeut	Kartlegging av utviklingsmessige og sensoriske vansker. Gjennomføring av måltidsobservasjoner. Fokus på tilrettelegging i hverdagen og i måltidsituasjoner. Generelle funksjonsvurderinger.

Sykepleier	Gjennomføring og veiledning i henhold til sykepleieryrket, slik som sonededleggelse og vektkontroller. Planlegging av innleggelser og oppfølging av barna som blir innlagt.
Koordinator	Innledende kartlegging, planlegge nye konsultasjoner, sende innkallelser, koordinere timeplanene til medlemmene i teamet, samt ta oppfølgingsamtaler med foreldrene over telefon.

Oppsummering og formål

Som tidligere nevnt, og vist ved litteraturgjennomgangen ovenfor, eksisterer det en rekke studier som har undersøkt tverrfaglige team og behandlingen av spisevansker hos barn. Dette inkluderer studier på organiseringen og effekten av denne behandlingstilnærmingen, samt hvilke arbeidsmetoder som benyttes og hvordan oppfølgingen foregår i praksis. Vi er derimot ikke kjent med at det finnes studier som har undersøkt helsepersonells erfaringer med å jobbe tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Slike studier kan imidlertid være et viktig bidrag til det eksisterende forskningsfeltet. Ved å se på erfaringene blant de som jobber med pasientgruppen og deres pårørende, kan man få et annet perspektiv på sentrale og velfungerende faktorer i arbeidet. I tillegg kan det gi mer konkret innsikt i hvordan helsepersonell kan tilnærme seg problematikken.

På bakgrunn av dette er problemstillingen for denne oppgaven: «Hvilke erfaringer har spiseteamet ved Barne- og ungdomsklinikken Øya med å jobbe tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker?». Formålet med forskningsprosjektet er å få økt kunnskap om og innsikt i hvordan helsepersonell jobber i tverrfaglig spiseteam for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Med den hensikt å generere forskning som får fram det helsepersonellet selv erfarer som betydningsfullt, har vi valgt en bred problemstilling som muliggjør involvering av ulike tema og perspektiver. Videre ønsker vi mer konkret at studien skal gi økt kunnskap om hvordan spiseteamet møter og følger opp foreldrene, men også hvordan de samarbeider i et slikt tverrfaglig team for å yte best mulig hjelp. Deriblant er vi interessert i hvordan de erfarer å forholde seg til hverandres fagprofesjoner og kompetanse, samt hva de opplever er viktig for å sikre god pasientbehandling. Det vil både være nyttig å finne ut om det er synlige forskjeller mellom fagpersonene i teamet, men også om det eksisterer felles målsettinger, tilnærminger og arbeidsmetoder som anses som viktig på tvers av fagprofesjoner. Fordi helsepersonellet befinner seg innenfor en teamkontekst, og spiseteamet er en del av en større organisatorisk og samfunnsmessig kontekst, vil resultatene drøftes i lys av et kritisk-realistisk rammeverk. Dette innebærer at vi ikke ønsker å kun ha en

deskriptiv fremstilling av erfaringer. Vi vil også forsøke å forstå konteksten de har oppstått i, samt hvilke faktorer som har ledet frem til dem. Foruten den ovennevnte kunnskapen og innsikten, håper vi at studien kan medføre at helsepersonellet i spiseteamet reflekterer rundt hva som fungerer bra, og videre retter fokus mot hva som kan gjøres bedre. Dette vil forhåpentligvis kunne brukes til videreutvikling, samt ha positive ringvirkninger for pasientgruppen og deres foreldre. I tillegg tror vi at kunnskapen som genereres gjennom prosjektet, også vil ha relevans for den større konteksten av tverrfaglig samarbeid på andre fagområder innenfor helsevesenet.

Vitenskapsteoretiske og metodiske valg

Ettersom formålet med denne studien er å undersøke helsepersonells erfaringer med tverrfaglig foreldrearbeid, har vi valgt å benytte en kvalitativ tilnærming heller enn en kvantitativ tilnærming. Dette fordi kvalitative metoder har til hensikt å utforske, forstå og gi rike beskrivelser av opplevelser, samt hvordan individer gir mening til sin sosiale verden (Tjora, 2021, s. 27). Refleksiv tematisk analyse (RTA) (Braun & Clarke, 2022) benyttes som metode i denne studien. Dette er en av flere varianter av tematisk analyse (TA), slik metoden beskrives av Braun og Clarke (2006). TA kjennetegnes generelt av å være en fortolkende og fleksibel tilnærming til analyse av kvalitative data, og anses som en gunstig metodetilnærming for personer som ikke har mye erfaring innenfor kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2012, s. 2). Dette anses som relevant for prosjektet, ettersom vi er studenter med begrenset forskningserfaring. Det er likevel verdt å nevne at vi ved en tidligere anledning i studieløpet benyttet TA i forbindelse med et helsefaglig forskningsprosjekt, og derfor har noe kjennskap til metoden. RTA involverer både en analyseprosess bestående av seks steg, samt et rammeverk av verdier, antakelser og praksiser som påvirker forskningsprosessen som helhet (Braun & Clarke, 2022, s. 6). Hvordan og hvorfor RTA har blitt benyttet for å analysere datamaterialet i denne studien vil presenteres i metodedelene. I dette kapitlet vil vitenskapsteoretiske og metodiske valg gjennomgås, med utgangspunkt i RTA som metodisk-teoretisk rammeverk.

RTA er ikke begrenset til spesifikke metodologiske forpliktelser (D'Souza et al., 2020). RTA av god kvalitet forutsetter imidlertid at forskeren reflekterer over og inntar et standpunkt angående hvilke filosofiske og teoretiske forutsetninger som ligger til grunn for analysen. Disse forutsetningene må videre være konsekvente, sammenhengende og transparente gjennom den analytiske prosessen og i rapporteringen av resultatene (Braun & Clarke, 2019). Relatert til dette presenterer Braun og Clarke (2022, s. 10) et rammeverk

bestående av fire hoveddomener forskeren må foreta valg innenfor. I praksis innebærer dette at vi har besluttet hvilket kvalitativt og teoretisk rammeverk vi benytter, hvilket meningsfokus vi bruker i kodingen, samt hvordan vi tilnærmer oss datamaterialet. Vi har også tilstrebet å beskrive bakgrunnen for disse beslutningene på en transparent måte. I tabellen nedenfor illustreres hvordan ulike valg innenfor disse fire domeneene kan gi opphav til flere variasjoner av RTA.

Figur 2

Variasjoner innenfor refleksiv tematisk analyse

Kvalitativt rammeverk	<i>Erfaringsbasert (experiential):</i> analysen forsøker å få tak på deltakernes egne perspektiver og forståelser	↔	<i>Kritisk (critical):</i> analysen fokuserer på mening omkring temaet eller problemstillingen
Teoretiske rammeverk	<i>Realistisk, essensialistisk:</i> analysen forsøker å fange opp en sannhet og realitet som uttrykkes i datasettet	↔	<i>Relativistisk, konstruktivistisk:</i> analysen forsøker å undersøke og få frem realitetene som fremkommer i datasettet
Meningsfokus	<i>Semantisk:</i> analysen utforsker eksplisitte meninger	↔	<i>Latent:</i> analysen utforsker implisitte meninger
Tilnærming til data	<i>Induktiv:</i> datadrevet analyse	↔	<i>Deduktiv:</i> analysen formes av eksisterende teori

Forenklet figur av tabell 1.2 i Braun og Clarke (2022, s. 10).

Kvalitativt rammeverk

Grunnet studiens fokus på helsepersonells erfaringer med samarbeid og deres refleksjoner rundt egen arbeidshverdag, anses erfaringsbasert orientering som et hensiktsmessig rammeverk. Dette innebærer et fokus på å undersøke, gjennom informantenes fortellinger, hvordan informantene selv erfarer og opplever ulike fenomener, fremfor å studere fenomenet i seg selv. Den erfaringsbaserte orienteringen innebærer et syn på språk som et verktøy for å kommunisere mening. I dette ligger det en tanke om at de følelsene,

tankene og erfaringene som blir fortalt av informantene, er en refleksjon av deres personlige tilstander (Byrne, 2021).

Teoretisk rammeverk

RTA ble i dette forskningsprosjektet plassert innenfor en ramme av kritisk realisme. Dette er en posisjon som kombinerer ontologisk realisme og epistemologisk relativisme (Braun & Clarke, 2022, s. 169). Ontologi kan defineres som læren om det som eksisterer, og hva vi kan vite noe om. Epistemologi omhandler filosofiske antakelser om hva kunnskap er, samt hvordan den kan og bør genereres (Braun & Clarke, 2022, s. 167-175). Det at vi har benyttet kritisk realisme som teoretisk rammeverk, innebærer at vi ikke ser på datamaterialet som en direkte refleksjon av virkeligheten. Det vi har fått tilgang på, er deltakernes egne virkelighetsforståelser, som videre er påvirket av og blir fortalt innenfor deres kontekst. Den kritiske realismen innebærer videre at vi aktivt har fortolket informantenes representasjoner. Ved å anvende kritisk realisme, benekter vi ikke at informantene har individuelle erfaringer og oppfatninger, men vi ivaretar hvordan disse erfaringene påvirkes av de sosiale forholdene de har oppstått i. Dette er relevant ettersom utvalget er et team, som er vant til å tenke, erfare og forstå opplevelser knyttet til foreldrearbeidet i en gruppekontekst. I tillegg åpner det opp for at vi kan utforske hvordan ulike sosiale ressurser og forhold former de erfaringene som spiseteamet forteller om. Dette gjør at vi kan ta hensyn til at deltakernes erfaringer kan være påvirket av deres arbeidshverdag i et tverrfaglig team. I tillegg innebærer det å forsøke å forstå erfaringene i lys av en større samfunnskontekst og hvilke mekanismer som har påvirket de.

Meningsfokus

Meningsfokuset i denne studien har i hovedsak vært semantisk. Kodingsprosessen i RTA kan skje både semantisk og latent. Ved en semantisk tilnærming er målet å holde seg nær datasettet og informantenes eksplisitte formidlinger (Smith et al., 2009). Koding på et latent nivå innebærer å lete etter implisitte meninger og underliggende betydninger (Braun & Clarke, 2022, s. 57-58). Semantiske og latente koder er ikke en dikotomi, men bør heller forstås som to endepunkt langs et kontinuum (Braun & Clarke, 2022, s. 58). Å praktisere semantisk koding har vært begrunnet ut ifra formålet om å formidle essensen av erfaringer blant helsepersonellet i spiseteamet. Samtidig har vi ønsket å forstå disse erfaringene i lys av den konteksten de fremtrer i, noe som har gjort det naturlig å også lete etter underliggende betydninger, altså latent koding. Noen informasjonenheter har også blitt «dobbelkodet», i

de tilfellene hvor vi både ønsket å inkludere den semantiske meningen som ble kommunisert, men også den latente betydningen som ble fortolket.

Tilnærming til data

I dette forskningsprosjektet ble det benyttet en induktiv tilnærming, hvor man genererer koder som reflekterer datainnholdet. Dette innebærer at informantens utsagn og meninger prioriteres, og at man står fritt uten et bestemt rammeverk eller en spesifikk teori (Byrne, 2021). Motsatt innebærer en deduktiv tilnærming at man genererer koder som er i overensstemmelse med et forhåndsbestemt, konseptuelt rammeverk (Byrne, 2021). Selv om en kvalitativ studie ofte består av en kombinasjon av deduktiv og induktiv tilnærming, er det ofte en overveiende bruk av én av dem. Valget av induktiv tilnærming i denne studien anses som relevant grunnet problemstillingens erfaringsfokus. Heller enn å undersøke konkrete forskningsspørsmål, hadde vi en åpen problemstilling, med den hensikt å fokusere på det medlemmene i spiseteamet selv anser som betydningsfulle erfaringer. En induktiv tilnærming blir i større grad formet av forskerens bakgrunn, posisjon og teoretiske antakelser, noe som understreker viktigheten av refleksivitet (Braun & Clarke, 2022, s. 289). Til tross for en åpen problemstilling, hadde studien et fastsatt analysefokus rettet mot erfaringer med tverrfaglig samarbeid og det å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Dette innebærer at datatilnærmingen også ble formet av en deduktiv orientering, hvor utarbeidelsen av både koder og tema ble farget av problemstillingens fokus på erfaringer.

Refleksivitet

Fordi analyse og resultat aktivt genereres av forskeren, og forskerens forforståelse anses som en naturlig og viktig del av forskningsprosessen, står refleksivitet sentralt innenfor RTA. Refleksivitet er en strategi hvor man aktivt anerkjenner og reflekterer over hvordan ens bakgrunn, forventninger og personlighet kan påvirke alle deler av forskningen: valg av problemstilling, datainnsamling, analyse, samt resultater og konklusjon (Berger, 2015). Refleksivitet har betydning for forskningens grad av validitet og pålitelighet (Berger, 2015). Validitet omhandler hvorvidt studien måler det den har til hensikt å måle (Leseth & Tellmann, 2018, s. 17). Her skilles det mellom intern og ekstern validitet, hvor førstnevnte handler om hvorvidt resultatene er korrekte og gyldige, og sistnevnte refererer til i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Leseth & Tellmann, 2018, s. 18). Pålitelighet omhandler en vurdering av dataenes kvalitet, fremgangsmåten bak datainnsamlingen, hvordan analysen er gjennomført, samt hvordan resultatene presenteres (Leseth & Tellmann, 2018, s. 16). I motsetning til kvantitative tilnærming, hvor

påliteligheten knytter seg til mulighetene for å gjenta studien og oppnå de samme resultatene, såkalt repliserbarhet, er ikke dette aktuelt innenfor kvalitative metoder. Dette fordi forskeren selv har en innvirkning på datainnsamlingen og resultatene som fremkommer, deriblant gjennom egen forforståelse og de fortolkninger som blir gjort (Leseth & Tellmann, 2018, s. 16). Mens en slik subjektivitet kan konseptualiseres som en utfordring, blir den innenfor RTA forstått som nyttig og nødvendig. I samsvar med dette har vi vektlagt å være transparente angående forforståelse og forventninger som ikke kan tilsidesettes.

Ettersom vi begge er psykologistudenter, er det nærliggende at både temaet og beslutninger tatt under forskningsprosessen påvirkes av en psykologisk forståelsesramme. Vi har begge i løpet av studietiden interessert oss for utviklingspsykologi, system- og foreldrearbeid. Samtidig har vi i arbeidet med hovedoppgaven vært bevisste på at målet er å få kunnskap om hvordan et tverrfaglig team samarbeider for å hjelpe en sårbar pasientgruppe. Målet har dermed ikke vært å ha et særskilt fokus på kun «psykologiske tema». Vi hadde ingen inngående forkunnskap om spisevaner hos sped- og småbarn før vi startet med prosjektet. Likevel er det verdt å nevne at begge på ulike vis har erfaring med målgruppen eller tematikken, både gjennom bekjente, og for én av oss gjennom en deltidsjobb som innebærer foreldrearbeid med sped- og småbarn. I tillegg angår forskningstemaet mat- og spisevaner, noe «alle» har et forhold til.

I forkant av fokusgruppeintervjuet begynte vi å skrive refleksive dagbøker hver for oss, hvor vi noterte ned hva vi trodde ville fremkomme under intervjuet. Braun og Clarke (2022, s. 19) anbefaler bruk av refleksiv dagbok for å lagre tanker som senere reflekteres over og undersøkes nærmere. Dette er nyttig for å bli bevisst egne antakelser og hvordan det kan virke inn på resultatene. Prosessen med å skrive refleksive dagbøker ga oss innsikt i at vi forventet at tverrfaglig team var en fordelaktig arbeidsform. Dette kan henge sammen med at vi begge har god erfaring med å jobbe i tverrfaglige team i helsesektoren, noe som også sannsynligvis har påvirket vår personlige interesse for feltet. Det viste seg videre at vi begge hadde antakelser om at et tverrfaglig samarbeid var nyttig grunnet en utnytting av hverandres kompetanse og erfaring, og kompensering for individuelle faglige begrensninger. Vi forventet også at spiseteamet fortalte om en kompleks og sammensatt problematikk hos denne pasientgruppen, og at dette er en hovedårsakene til at tverrfaglighet er hensiktsmessig.

Metode

Problemstillingen for studien er som sagt: «Hvilke erfaringer har spiseteamet ved Barne- og ungdomsklinikken Øya med å jobbe tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med

spisevansker?». Det vil nå presenteres hvordan vi metodisk gikk fram, fra datainnsamling til analyse, for å besvare denne problemstillingen.

Datainnsamling

Utvalg og rekruttering

Strategisk utvalg ble benyttet som rekrutteringsmetode. Her velger man ut et begrenset antall personer eller enheter som er relevante for problemstillingen. Dette ble ansett som hensiktsmessig for dette prosjektet ettersom vi ønsket å undersøke erfaringer til ett spesifikt, tverrfaglig team (Spiseteam BUK Øya). Vi fikk kontakt med informantene gjennom en etablert kontaktperson, som selv jobber i spiseteamet til daglig. Deltakerne ble opplyst om at det var frivillig å delta i forskningsprosjektet. De ble tilsendt et informasjonsskriv med samtykkeskjema som inneholdt opplysninger om prosjektet og hva det ville innebære å delta (se vedlegg A). De ble også informert om at de når som helst, og uten å oppgi grunn, kunne trekke sitt samtykke. Vi mottok samtykke fra syv deltakere, hvorav seks hadde mulighet til å delta på intervjuet. Utvalget besto til slutt av én psykolog, én lege, én sykepleier, én ernæringsfysiolog, én ergoterapeut og én logoped. Disse representerer til sammen alle profesjonene som utgjør Spiseteam BUK Øya. Dette ble ansett som viktig for å få frem erfaringer på tvers av yrkesgrupper, samt muliggjøre et intervju som i størst mulig grad ligner på hvordan spiseteamet kommuniserer til vanlig. Fordi vår kontaktperson var involvert i prosjektet i forkant av intervjuet, var hun ikke en del av de informantene som ble rekruttert.

Fokusgruppeintervju

Etttersom vi i dette prosjektet ønsket å få tilgang på helsepersonells syn på og refleksjoner rundt tverrfaglig foreldrearbeid, anså vi semistrukturert fokusgruppeintervju som en egnet datainnsamlingsmetode. Fokusgruppeintervju er en metode for innsamling av kvalitative data som går ut på å samle et lite antall mennesker til en uformell gruppediskusjon om spesifikke tema (Wilkinson, 2015, s. 182). Forskerens rolle er å være en «moderator» for gruppen som stiller spørsmål ut ifra en forhåndsutformet intervjuguide, holder flyt i diskusjonen, samt oppmuntrer deltakerne til å engasjere seg og interagere med hverandre (Wilkinson, 2015, s. 182-186). Gjennom å bruke denne metoden muliggjorde vi det å få dypere innblikk i den livsverdenen spiseteamet befinner seg i, og dermed ta hensyn til at medlemmene i spiseteamet i sin arbeidshverdag kommuniserer og skaper forståelse i samarbeid.

I dette forskningsprosjektet besto utvalget av seks informanter. Det eksisterer ulike anbefalinger angående hva som er en hensiktsmessig utvalgsstørrelse for et

fokusgruppeintervju. En generell konsensus er imidlertid at mellom seks og åtte deltakere er tilstrekkelig, spesielt når det er et komplekst tema som skal undersøkes eller informantene innehar mye kunnskap, noe som anses som relevant for vårt forskningsprosjekt (Krueger & Casey, 2000, s. 73). For å ta høyde for potensielle frafall, anbefales det å rekruttere mellom 10 og 25% mer enn det som i utgangspunktet anses som nødvendig (Krueger & Casey, 2000, s. 73). Ved bruk av fokusgruppeintervju må man også ta stilling til om man ønsker å ha én eller flere fokusgrupper. Grunnet spiseteamets størrelse valgte vi å ikke dele informantene inn i to fokusgrupper, fordi dette ville medført færre antall deltakere enn det som anbefales i litteraturen (Krueger & Casey, 2000, s. 73). Ved ikke å gjøre en oppdeling kan man i tillegg sikre en mer nyansert diskusjon med variasjon av perspektiver og samtidig unngå en fragmentering, som kan oppstå ved for små grupper (Krueger & Casey, 2000, s. 73-74). Det var også et poeng å ikke inkludere andre fokusgrupper fordi prosjektet hadde til hensikt å forske på dette spesifikke spiseteamet ved BUK Øya.

Intervjuguide

Intervjuguidens spørsmål er knyttet til to hovedtema: tverrfaglig foreldrearbeid og utviklingsmuligheter (se vedlegg B). Hva angår det tverrfaglige foreldrearbeidet, retter spørsmålene seg mot hvordan spiseteamet erfarer samarbeidet rent praktisk, samt hvordan og hvilke erfaringer de har med å hjelpe foreldrene. Det andre hovedtemaet, utviklingsmuligheter, involverer både en evaluering av tilbudet slik det fungerer i dag, og et fokus på eventuelle ønsker om endringer i fremtiden.

Gjennomføring av intervjuet

Intervjuet ble avholdt på et møterom ved St. Olavs hospital. For å fasilitere til en diskusjon hvor teamet henvendte seg til hverandre heller enn til moderatoren, ble informantene oppfordret til å sitte overfor hverandre. Informantene ble i forkant av intervjurunden informert om formålet med forskningsprosjektet, samt rammene for intervjuet. Det ble også presisert på nytt at det i rapporten ville fremgå at det er Spiseteam BUK Øya som er utvalget i studien. Videre ble informantene påminnet om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. Det ble benyttet to båndopptakere under intervjuet.

Vi som gjennomførte intervjuet hadde to ulike roller. Den ene rollen innebar et ansvar for praktiske oppgaver, som å introdusere prosjektet og rammene for intervjuet, samt ta notater underveis. Den andre rollen var en såkalt moderator. Dette innebar å stille spørsmålene fra intervjuguiden. Et semistrukturert format tillater at den som intervjuer kan følge informantens refleksjoner og diskusjoner med oppfølgingsspørsmål (Adams, 2015, s.

496). Rollen som moderator besto derfor i å ha en oversikt over hvilke tema som hadde blitt dekket, samt å tilpasse de påfølgende spørsmålene deretter. Dersom informantene på eget initiativ, eller gjennom diskusjon, kom inn på et tema inkludert i intervjuguiden, ble det tatt et valg om enten å utelate det aktuelle spørsmålet, eller oppfordre deltakerne til å fortelle mer. Moderatorrollen innebar også å sentrere diskusjonen omkring de temaene som ble diskutert under intervjuet. Ettersom et mål var å få tak i erfaringer som deltakerne selv anså som relevante, ut ifra de spørsmålene som ble stilt, var det hensiktsmessig at moderatoren forholdt seg noe passiv under diskusjonen. Dette er også i tråd med hovedlinjene i et fokusgruppeintervju.

Analyse

Som tidligere nevnt har RTA blitt benyttet som analysemetode i dette forskningsprosjektet. Hva som inngår i de seks ulike analysestegene i RTA, samt hvordan vi arbeidet med disse, vil beskrives i det følgende.

Fase 1: Familiarisering

Det første steget i RTA, familiarisering, handler om å gjøre seg kjent med datamaterialet. Formålet er å kunne identifisere informasjon som kan være relevant for problemstillingen. Dette innebærer på den ene siden å ta et dypdykk i dataene, og på den andre siden å ta et steg tilbake og begynne å forholde seg til datamaterialet på en kritisk og analytisk måte (Braun & Clarke, 2022, s. 43). Familiariseringsfasen i vår analyseprosess startet med transkriberingen av fokusgruppeintervjuet, altså oversettingen av lydopptaket til skriftlig format. For å holde oss nær det opprinnelige datamaterialet, valgte vi å begynne transkripsjonsprosessen umiddelbart etter at intervjuet var gjennomført. Før vi startet nedskrivningen hørte vi gjennom lydopptaket, med hensikt å danne oss et helhetlig bilde av hvilken informasjon som hadde blitt formidlet. Deretter fordelte vi lydopptaket oss imellom, slik at vi transkriberte halve opptaket hver. Dette for å effektivisere prosessen. Det vil alltid være en risiko for at man som forsker misforstår eller hører feil av lydopptakene. For å ta en viss høyde for dette, forhørte vi oss med hverandre dersom vi hadde utfordringer med å høre hva som ble sagt.

Videre ble vi enige om hvordan transkriberingen skulle gjennomføres, blant annet med tanke på format, inkluderings- og ekskluderingskriterier. Vi skrev også i et felles dokument for å sikre en gjennomgående struktur. Alle utsagn ble skrevet ned på bokmål. Muntlige ordlyder som «eh» og «mhm» ble utelatt fra transkripsjonen, men bortsett fra dette ble all kommunikasjon nednotert, inkludert avbrutte setninger eller «fyllord». Formålet med å

utføre en detaljert transkribering var å komplementere analysenivået (Drisko, 1997). Dersom en gjennomfører en analyse med fokus på rike beskrivelser av erfaringer, opplevelser og oppfatninger, anbefales det å nettopp inkludere lengre tekstenheter i transkripsjonen. Slik kan man få frem variasjoner i hvordan sosiale fenomener forstås og oppleves på tvers av individer (McLellan et al., 2003, s. 67). Tenkepauser eller lengre opphold mellom utsagn ble notert ned som «...». Dette fordi det som ikke blir sagt også kan gi viktig informasjon angående formidlingen (McLellan et al., 2003, s. 66; Poland & Pederson, 1998). For å supplere materialet utledet fra lydopptaket, benyttet vi oss av notatene som hadde blitt skrevet underveis i intervjuet. Her hadde vi en oversikt over hvem som hadde sagt hva, noe som lettet den etterfølgende transkripsjonsprosessen. For å opprettholde anonymitet, benyttet vi forbokstaven i personenes yrkesprofesjon som «pseudonym» i notatene.

Etter å ha hørt gjennom lydfilen og gjennomført transkripsjonen, ble det skriftlige materialet lest to ganger. Den første gjennomlesningen ble gjort uten samtidig notering. Ved andre gjennomlesning satt vi hver for oss og noterte ned innledende tanker og ideer som vi anså som relevante for det videre analysearbeidet. Dette er i tråd med fremgangsmåten Braun og Clarke (2022) beskriver. Eksempel på hvordan dette ble gjort i praksis er illustrert i tabellen under.

Tabell 2

Eksempel på innledende notater

Tekstutdrag	Innledende koder
«For det og er en måte å ta de egentlig på alvor på. At vi husker å spørre om det, og at... i oppsummering også har vi blitt flinkere til å... Ja, «var det her nyttig eller ikke?». Det er kanskje ikke så enkelt for dem å svare på der og da innimellom, men det er en del som klarer det»	Å åpne opp for medvirkning hos foreldrene er en måte å ta de på alvor på
«Det er jo veldig lett å skulle sende en bekymringsmelding på noe som er åpenbart, men når det på en måte er ganske sammensatt, og hvis man får liksom nyss om det så er det også... Da er det en styrke at man har en tverrfaglig gruppe som på en måte er enig»	Lettere å være trygg på individuelle antakelser og vurderinger når man får drøftet det sammen med andre

Fase 2: Datakoding

Ved fase to begynner man å utarbeide koder. Det er denne prosessen som skal danne grunnlaget for videre temautvikling. Dette gjøres ved at man systematisk identifiserer og navngir trekk ved datamaterialet som er relevante for problemstillingen. En kode kan beskrives som en kort frase som har til hensikt å fange opp essensen i det som blir formidlet. Kodingsprosessen innenfor TA er fleksibel og dynamisk i den forstand at man står fritt til å endre kodene, eksempelvis ved å slå to koder sammen, eller utforme nye koder underveis i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2022, s. 54-55).

Kodingsprosessen i dette forskningsprosjektet var som tidligere nevnt vekselvis induktiv og deduktiv, men med en dominerende, induktiv orientering. I den innledende kodingen benyttet vi «kommentarfunksjonen» i Microsoft Word, som gjorde at vi kunne markere et meningsfylt element og videre notere ned en begynnende kode i sidemargen. Grunnet den induktive tilnærmingen, valgte vi innledningsvis å kode mesteparten av transkripsjonsinnholdet. Slik kunne vi ha en relativt åpen kodingsprosess, hvor vi avventet med å fortolke hva som ble ansett som mest sentralt i lys av problemstillingen. Samtidig var kodingsprosessen på flere måter også deduktiv. Selv om vi gjorde den innledende kodingen hver for oss, sammenlignet vi kodene etterpå, og hadde derfor en løpende dialog om innhold, essens og meningsmønster. Dette innebar at vi utvidet vår egen forforståelse gjennom å dele og diskutere ulike synspunkt, noe som videre hadde betydning for den etterfølgende kodingen og tolkningen av datamaterialet. Sammenligningen og refleksjonen over kodene vi hadde generert hver for oss, dannet grunnlaget for utarbeidelsen av nye, felles koder. Disse ble skrevet inn i analyseprogrammet nVivo for videre temagenerering.

Fase 3: Temagenerering

Det tredje steget innebærer å lete etter tema. Overgangen fra kode til tema innebærer at man slår sammen lignende koder til et tema som har relevans for problemstillingen. Under dette steget må man også reflektere over relasjonen mellom de identifiserte temaene, og et viktig spørsmål her er hvorvidt de til sammen utgjør en koherent analyse (Braun & Clarke, 2022, s. 79). Temagenereringen i dette prosjektet startet til dels underveis i kodingsprosessen, ettersom vi gjennom kodene fikk et inntrykk av hva som sto fram som sentrale poeng i datamaterialet. Til å begynne med sorterte vi alle kodene i forholdsvis brede, oppsummerende kategorier. Innenfor RTA kvalifiserer ikke dette til tema, og kalles heller «emneoppsummeringer». Mens en emneoppsummering fanger opp alle responser i datasettet tilknyttet et emne, skal et tema være fokusert rundt en felles idé eller mening (Braun &

Clarke, 2022 s. 77). Til tross for vår viten om at såkalte emneoppssummeringer ikke er det RTA skal resultere i, valgte vi å anse arbeidet med disse som en måte å oppnå mer strukturert oversikt over datamaterialet på. Det var tydelig for oss at disse temaene ble for deskriptive for studiens formål. Nedenfor illustreres hvordan koder ble til midlertidige tema, noe som også gir innblikk i hvilke tema vi oppfattet som for deskriptive.

Tabell 3

Eksempler på hvordan koder ble til noen midlertidige tema

Koder	Midlertidige tema
En opplevelse av et behov for økt kunnskap i primærhelsetjenesten	
Både helsepersonell og befolkningen må vite om spiseteamet for å kunne kontakte de	Behov for kunnskapsformidling
Hva som anses som normale spisevaner har blitt snevrere	
Det å jobbe i et etablert team oppleves som effektivt og bidrar til god pasientbehandling	
Et helhetlig bilde oppnås ved at de ulike fagpersonene komplementerer hverandre	Helhetlig og samkjørt
Opplevelse av at man kan stole på at de enkelte teammedlemmene gjør jobben sin	
Flat struktur som bidrar til en opplevelse av at alle er viktige i arbeidet	Positive erfaringer med å jobbe i tverrfaglig team
Kultur hvor det ikke finnes dumme spørsmål eller svar	

Fase 4: Gjennomgang og videreutvikling av tema

Formålet med steg fire er å gjennomgå de foreløpige identifiserte temaene. Dette gjøres på to nivåer: i relasjon til kodene som utgjør de ulike temaene, og i relasjon til det helhetlige datasettet. Til slutt må man se hvorvidt temaene og det helhetlige datasettet adresserer hensikten med studien (Braun & Clarke, 2022, s. 98). Et sentralt poeng i den forbindelse er at frekvensen av koder som inngår i temaet ikke avgjør hvor viktig et bestemt tema er. Det viktige er at det organiserende konseptet i temaet bidrar til å besvare

problemstillingen (Byrne, 2021).

Som tidligere nevnt konkluderte vi med at de innledende temaene ikke i tilstrekkelig grad kommuniserte noe meningsfylt som kunne benyttes for å besvare vår problemstilling. På dette tidspunktet valgte vi å ta en pause fra analyseprosessen for å gi rom for nye innsikter. Braun og Clarke (2022, s. 8) beskriver også at en slik distansering fra materialet kan være et nyttig steg for å oppnå tema av god kvalitet. Når vi etter en stund gjenopptok analysearbeidet, ble utgangspunktet en dialog der vi reflekterte over hva vi anså som det mest meningsfulle i datamaterialet. Dette undersøkte vi også gjennom utarbeidelsen av et tematisk kart. Temaene ble i denne prosessen revidert og videreutviklet for bedre å kunne fange opp essensen av det vi ønsket å formidle. Underveis i analysen undersøkte vi vekselvis forholdet mellom utsagn, koder og tema. De tre nivåene ble kontinuerlig sett opp mot hverandre, og vurdert i lys av problemstillingen og studiens formål. Ettersom for forståelsen stadig ble utvidet i løpet av prosessen, ble også studiens tema rekonstruert flere ganger.

Fase 5: Navngivelse og definering av tema

Det femte steget går ut på at de ulike temaene skal navngis og defineres. Utvikling av temanavn er viktig fordi det gir leseren et førsteinntrykk av hva analysen har ført fram til. Den erfaringsbaserte orienteringen i dette forskningsprosjektet har påvirket hvordan vi har valgt å utforme temanavnene. For å få fram deltakernes erfaringer og opplevelser er temanavnene enten direkte sitater hentet fra datamaterialet, eller utformet med utgangspunkt i sitater. Braun og Clarke (2022, s. 111-112) poengterer i tråd med dette at prosessen med å navngi tema også kan være kreativ, eksempelvis ved å benytte slike sitater. Utvikling av temadefinisjoner skjer med formål om å forklare det sentrale organiserende konseptet, samt beskrive omfanget og avgrensningene til de individuelle temaene (Braun & Clarke, 2022, s. 108). Vi lagde temadefinisjoner som en del av prosessen med å danne et helhetlig narrativ som analysen skulle rette seg mot. Parallelt med dette identifiserte vi hvilke utdrag fra datamaterialet som skulle brukes for å redegjøre for temaene. I erfaringsbasert orientering innenfor RTA er det mest vanlig å benytte utdrag på en overveiende illustrativ heller enn en analyserende måte, og det har derfor blitt gjort i denne studien. Dette innebærer at sitatene vi har valgt fungerer som illustrasjoner eller eksempler på poengene som presenteres (Braun & Clarke, 2022, s. 135). Selv om det benyttes en illustrativ tilnærming, er det ikke slik at sitatene kun skal parafraseres i resultatdelen. Utdragene har derfor også blitt et subjekt for analyse, og fortolket i relasjon til det gitte temaet, så vel som den bredere konteksten av problemstillingen (Braun & Clarke, 2022, s. 133-135).

Fase 6: Utarbeidelse av rapport

Til slutt skal man utarbeide en rapport basert på analysen. Her er det igjen et poeng at TA er fleksibelt og dynamisk; det er ikke et krav å jobbe gjennom de ulike stegene på en lineær måte. Dette har også gjort seg gjeldende i vår tilnærming, hvor det ikke har vært en klar distinksjon mellom analyseprosessen og rapportskrivningen. Rapporten inneholder relevante utdrag fra teksten, med mål om å eksemplifisere de ulike etablerte temaene. Vi har valgt å inkludere både enkeltsitater og korte samtaler. Sistnevnte viser dynamikken mellom medlemmene i spisetimet, noe vi tenker kan belyse hvordan medlemmene til vanlig kommuniserer i en gruppekontekst. Braun og Clarke (2022, s. 128-129) understreker at presentasjonen av tema i rapporten bør innta en logisk og meningsfull rekkefølge, slik at det dannes et sammenhengende narrativ av datamaterialet. Dette er noe vi har tilstrebet i rapporteringen av resultatene. Målet er at resultatdelen skal kunne leses som et helhetlig narrativ fra start til slutt, og at den illustrerer sammenhengen mellom temaene. Ved utskrivning av diskusjonen har vi tatt utgangspunkt i funnene presentert i resultatdelen og belyst disse gjennom eksisterende teori og empiri. Et overordnet fokus har også vært å trekke linjer mellom temaene, samt diskutere dem i en større sammenheng gjennom et kritisk-realistisk rammeverk.

Personvern og forskningsetikk

Ved gjennomføring av forskning må man reflektere over etiske problemstillinger, samt ta hensyn til gjeldende forskningsetiske retningslinjer. Innenfor kvalitative undersøkelser kan man møte på ulike etiske dilemmaer, særlig grunnet tilgangen på personlig informasjon om utvalget. Dette innebærer at man må balansere mellom det å erverve et rikt datamateriale, og ta hensyn til informantenes privatliv, integritet og personvern (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 35). Vi ønsker i dette kapitlet å gjennomgå hvordan vi har ivaretatt disse aspektene i forskningsprosjektet.

Behandling av personopplysninger

Problemstillingen tar utgangspunkt i helsepersonells erfaringer med å hjelpe foreldre gjennom samarbeid i tverrfaglig team. Dette innebærer at vi ikke intervjuet sårbare personer som pasienter eller deres pårørende. Det ble heller ikke samlet inn personidentifiserende informasjon om sårbare personer (pasienter/pårørende) som mottok utredning og/eller behandling fra spisetimet. Spørsmålene som ble stilt omhandlet informantenes erfaringer med arbeidsforhold og faglige kompetanse. Det ble ikke stilt spørsmål om temaer av personlig art. Det kan likevel ikke utelukkes at det for noen kan oppleves som ubehagelig å

delta og/eller dele sine erfaringer i et fokusgruppeintervju. Informantene ble opplyst om at de kunne kontakte en av psykologstudentene eller hovedveileder i prosjektet dersom de hadde behov for å snakke med noen etter gjennomføringen av intervjuet. Kontaktinformasjonen ble oppgitt i informasjonsskrivet som utvalget fikk tilsendt.

Det må nevnes at det ved fokusgruppeintervju foreligger en begrenset anonymitet, deriblant fordi deltakerne vil vite hva hverandre har sagt. Samtidig utgjorde utvalget helsepersonell som er underlagt taushetsplikt som følge av sin profesjon. Ettersom denne studien omhandler en undersøkelse av hvordan spisetimet ved BUK Øya arbeider, er ikke institusjonen anonymisert i det skriftlige materialet. For å ivareta informantenes anonymitet i størst mulig grad, fremgår det ikke hvilken fagperson som har sagt hva i det skriftlige materialet. Der dialoger er involvert i resultatdelen, brukes benevnelsene «Informant 1» og «Informant 2» for å tydeliggjøre at uttalelsene kommer fra ulike personer. Dette innebærer at for eksempel «Informant 1» i én dialog, ikke trenger å være samme informant i en annen dialog. Deltakernes navn eller annen personidentifiserende informasjon fremkommer ikke i det skriftlige materialet. Informantene ble opplyst om de ovennevnte forholdene både i informasjonsskrivet, og muntlig i forkant av intervjuet.

Oppbevaring av materiale

Oppbevaringen av materialet har til enhver tid foregått på det krypterte fillagringsområde NICE-1, som er beskyttet gjennom tofaktorautentisering. Samtykkeskjemaene inneholder nødvendigvis informantens navn. Etter at vi mottok samtykkeskjemaene fra informantene, ble de lagret direkte i NICE-1. Sammenhengen mellom navn og yrkesprofesjon har ikke blitt dokumentert skriftlig i noen deler av materialet. Notatene som ble gjort under intervjuet ble makulert umiddelbart etter transkripsjonsprosessen var fullført. Alt øvrig materiale vil destrueres ved prosjektets slutt i desember 2025.

Godkjenninger

Prosjektet er fremleggsvurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og faller utenfor deres mandat (saksnummer: 384676) (se vedlegg C). Prosjektet er videre godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlegg D), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og Barne- og ungdomsklinikken (BUK) (se vedlegg E). Fra det ble søkt om godkjenning første gang, har problemstillingen endret seg fra «Hvordan jobber Spiseteam ved BUP-BUK St. Olavs tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker?» til «Hvilke erfaringer har spiseteamet ved Barne- og ungdomsklinikken

Øya med å jobbe tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker?». Denne endringen har blitt opplyst om og godkjent av NSD. Deltakelse i dette prosjektet medførte ikke noen form for risiko for de involverte.

Fordeler med å delta i prosjektet

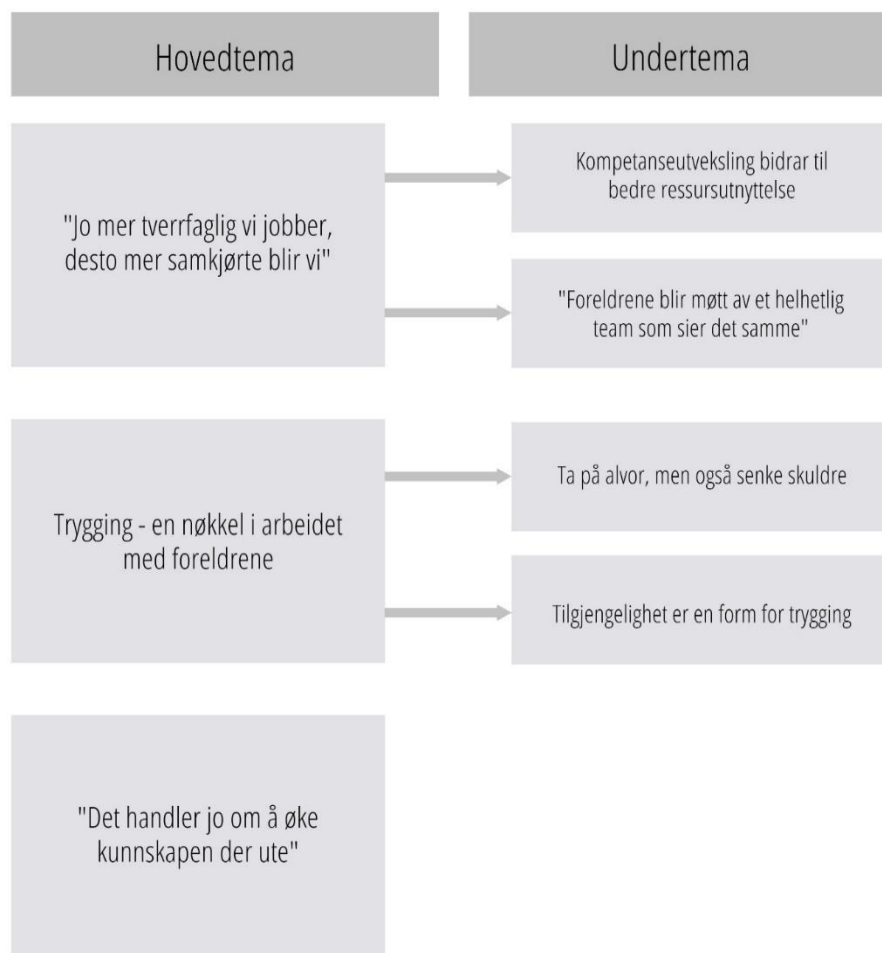
En kan tenke seg flere fordeler ved å delta i prosjektet for informantene. Deltakelsen kan bidra til større innsikt i og bevissthet rundt hvordan de jobber i det tverrfaglige spiseteamet. Videre kan den enkelte få nyttige innblikk i hvilke synspunkt andre medlemmer av teamet innehar. Informantene har underveis i utskrivningsprosessen fått mulighet til å gå gjennom resultater fra analysen, i tillegg til at de vil få oppgaven tilsendt når den er ferdigstilt, dersom det er ønskelig. Dette gjør at de kan få utenforstående personers blikk på og forståelse av hvordan de jobber, samt hvordan deres erfaringer kan forstås i sammenheng med eksisterende teori og empiri. Vi håper at funnene i oppgaven vil kunne ha nytteverdi for spiseteamet, og at den kan brukes i videreutviklingen av tilbudet.

Resultater

Gjennom den refleksive tematiske analysen ble det utviklet tre hovedtema, hvorav to har tilhørende undertema. Disse temaene er alle sentrale i belysningen av hvilke erfaringer spiseteamet har med å jobbe tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Temaene ble generert på bakgrunn av hva som ble tolket som meningsfylt, både gjennom hva informantene uttrykte var av særlig betydning, og i lys av problemstillingen. Sistnevnte innebærer at vi har gjort noen valg med tanke på avgrensning av oppgaven. Dette er i overensstemmelse med det Braun og Clarke (2022, s. 88) omtaler som den analytiske oppgaven i RTA: «[...]to tell a particular story about the data that addresses your research question, not to represent everything in the dataset.» Vår fortolkning har påvirket analyseprosessen i den forstand at de valgte temaene gjenspeiler hva vi anser som vesentlig å formidle. Illustrasjonen nedenfor er et tematisk kart som viser fordelingen av hoved- og undertema.

Figur 3

Tematisk kart som illustrerer hovedtemaene med respektive undertema.



Hovedtema én – «Jo mer tverrfaglig vi jobber, desto mer samkjørte blir vi»

Det første hovedtemaet tar for seg spiseteamets erfaringer med at de stadig blir mer samkjørte. Gjennom utveksling av kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet, har de etablert en felles forståelse av spisevansker og behandling av dette. Denne samkjøringen medfører at ikke alle teammedlemmene trenger å involveres i hver enkelt pasient, noe som videre bidrar til god ressursutnyttelse. I tillegg erfarer spiseteamet at foreldrene setter pris på å bare måtte forholde seg til ett, samlet team som kommer med en enhetlig anbefaling basert på tverrfaglig kompetanse.

Undertema én – Kompetanseutveksling bidrar til bedre ressursutnyttelse

En positiv erfaring som vektlegges av flere i spiseteamet, er at det tverrfaglige samarbeidet har gjort at medlemmene har lært mye av hverandre:

Jeg har jo lært veldig mye av å være i tverrfaglig team. Jeg har jo plukka opp veldig mye fra de andre, som jeg bruker nå veldig mye mer enn jeg hadde gjort hvis jeg ikke hadde vært i tverrfaglig team.

En medvirkende årsak til at teammedlemmene faktisk opplever å lære av hverandre, kan knyttes opp mot arbeidskultur og holdninger. Flere av medlemmene erfarer at spiseteamet har en flat struktur, der alle profesjonsbakgrunnene anses som viktige for arbeidet. På spørsmål om hva som oppleves som viktig for å lykkes med tverrfaglig samarbeid, svarer en av informantene: «Åpenhet overfor hverandre og andres kompetanse. At man ikke tenker at det er en selv og sin profesjon som er overordnet noen andres». En viktig holdning som trekkes fram, er ønsket om å spille hverandre gode, noe som skjer gjennom å dele sin egen kunnskap med de andre i teamet:

Vi er jo tverrfaglige, det føles ikke som at vi er så type flerfaglige, sant ja. Og det med deling... Vi er ikke redd for å... Man kan jo sitte på «jeg vil ikke dele min kunnskap» eller «jeg vil ikke dele mitt redskap», sant, men vi deler jo!

Denne kunnskapsutvekslingen på tvers av profesjoner, der hver enkelt utvider sin kompetanse til også å involvere andre profesjoners mer spesifikke fagkunnskap, gir god ressursutnyttelse. En viktig bidragsfaktor til dette, er at samarbeidet har medført at medlemmene har lært mye av hverandre. Det at hver enkelt vet mer om hverandres fagfelt, har stor betydning for at de skal kunne dra nytte av hverandres kunnskap. Et utdrag fra en dialog mellom to av medlemmene i teamet illustrerer dette:

Informant 1: Også er man kanskje mer oppmerksom på det også, eller tenker mer sånn når man er en del av et sånt team og da. Jeg vet ikke om jeg hadde tenkt på at det kunne vært svelgevansker hvis jeg hadde et barn innlagt på Barn medisin som hadde hostet og kremtet og satt ting vrangt eller... Så hadde jeg ikke tenkt at logopeden må jeg...

Informant 2: Man må jo vite hva som er symptomene på svelgevansker da.

Informant 1: Ja, man må jo vite det, og det vet man jo gjennom at man har jobbet sammen da.

Flere av informantene trekker fram erfaringer av at det har skjedd en utvikling siden etableringen av spiseteamet på dette området. De opplever at de har blitt tiltakende gode på å gjøre vurderinger som er hensiktsmessige for å prioritere de riktige faggruppene i de enkelte pasientsakene. Etter hvert som de har lært mer av hverandre og funnet ut omfanget og begrensningene i den enkeltes kunnskap, har de opplevd å utnytte kapasiteten i teamet på en bedre måte:

Til å begynne med så var vi kanskje alle sammen mer på alle barnene, mens nå er vi mer sånn... Vi kartlegger mer hvor skoen trykker, og hva det er som er hovedproblematikken eller utfordringene til både familien og barnet da [...] Også kan man ta inn de som er mest aktuelle, i stedet for at hele teamet må inn hele tiden, så prøver vi å utnytte ressursene best mulig.

En annen positiv effekt av kunnskapsutvekslingen, og som videre gir god ressursutnyttelse, er at medlemmene får en felles kunnskapsbank, som kan benyttes for å svare på spørsmål på vegne av hverandre. Dersom det dukker opp problemstillinger som egentlig tilhører en annen profesjon, må ikke nødvendigvis en ny faggruppe involveres i pasientsaken. En viktig bidragsyter til dette er organiseringen av felles stormøter, hvor de nettopp får en anledning til å dele kunnskap på tvers av profesjonene:

[...] summa summarum så er det ganske tidseffektivt. Vi setter av to timer hver andre uke, og da kan man drøfte ting, for eksempel hvis noen bare skal til lege [...] så kan jo du [om et av medlemmene] ta den milde versjonen, si litt om regulering, ta en kostanamnese [...] i stedet for at man må koble på en ekstra faggruppe og bruke ekstra tid på en ny konsultasjon, når det egentlig bare er en liten ting som skal justeres. Så det er det man også ser veldig nytten av altså.

Det at hver enkelt har fått utvidet sin kunnskap gjennom de andre medlemmenes kompetanse, erfares som ressursnyttig for sykehuset utover spiseteamet spesifikt. Det ene aspektet som trekkes fram, er at det økte kunnskapsgrunnlaget gjør at medlemmene føler seg bedre rustet til å håndtere andre pasientsaker som ikke inngår i spiseteamet. Det de lærer av hverandre gagnar altså ikke bare pasientene som spiseteamet har ansvar for, men kan også ha positiv innvirkning på hjelpen de kan tilby andre pasientgrupper:

[...] og det å kunne ta det med meg videre til de andre gruppene med pasienter som jeg ser, som på en måte kan ha mye av de samme utfordringene, som ikke bare går på spising [...] Det er kjempeartig.

Det andre aspektet knytter seg til spiseteamets opplevelse av at det å ha jobbet i team senker terskelen for å henvende seg til hverandre for korte spørsmål og uformelle drøftinger om andre pasientsaker på sykehuset. Dette fordi de kjenner hverandres fagkompetanse og dermed vet hva de andre kan bidra med av kunnskap: «Det der med at, når man sitter i en poliklinikk, at man bare sånn «okei, men jeg bare ringer, for det er egentlig et ganske kort spørsmål», i stedet for å sende en henvisning videre». Denne holdningen omtales av flere som noe som bidrar til effektivisering, og som er «til sykehusets beste». I tillegg til å være et resultat av å kjenne hverandres fagkunnskap, handler det også om spiseteamets struktur og kultur, hvor medlemmene opplever at de er tilgjengelige for hverandre: «Og det som er så fint med at vi har disse stormøtene annenhver uke og er faste deltakere, er jo at vi går til hverandre i gangene på det uformelle også tenker jeg, tar opp saker og drøfter litt.»

Undertema to – «Foreldrene blir møtt av et helhetlig team som sier det samme»

Gjennom at spiseteamets medlemmer drøfter sammen og utnytter hverandres kunnskap, kommer de frem til enhetlige anbefalinger og tiltak basert på tverrfaglig kompetanse. Dette er noe som beskrives som positivt for både foreldrene og teammedlemmene. Et eksempel på sistnevnte fortelles om i sammenheng med komplekse pasientsaker der foreldrene kan ha en uhensiktsmessig forventning til hva spiseteamet kan bidra med. Her trekkes det frem en opplevelse av at det i slike tilfeller er særlig nyttig å være et team som kan stå sammen om en felles vurdering, begrunnet med fagkompetanse fra ulike profesjoner. Dette er noe som bidrar til mindre belastning på hvert enkelt teammedlem, i tillegg til å styrke deres troverdighet i foreldrearbeidet:

Noen har jo en forventning om at vi skal fikse alt, og det å prøve å realitetsorientere de om hvordan vi jobber og hva vi forventer av dem [...] og da er det jo også veldig godt at vi er tverrfaglige, fordi vi har flere folk å spille på, og vi diskuterer jo og kommer med en helhetlig anbefaling fra vår side, og det er mye lettere å stå i, enn å stå der som en enkeltperson og skulle mene det samme. For da har vi en tyngde. Og det tror jeg er en styrke med tverrfagligheten i de casene hvor vi kan møte på foreldre som kanskje er uenig i hvordan vi ønsker å jobbe, og hva vi har lyst til å jobbe med.

Flere i spiseteamet erfarer at samkjøringen av vurderinger oppleves som positivt også av foreldrene. Den gjør at de kan forholde seg til ett team som i fellesskap har kommet fram til hva som bør gjøres, noe spiseteamet tror oppleves som nyttig av foreldrene. Det ene som nevnes, er at det kan være en lettelse for foreldrene å få presentert kun én strategi som skal prøves ut. Det andre handler om motivasjon; å holde seg til én strategi av gangen kan være motiverende fordi det gjør det lettere å evaluere om det utprøvde tiltaket faktisk har effekt:

Og der tror jeg den tverrfaglige biten er så viktig, fordi vi drøfter ting sammen, så kommer vi med... ikke masse forskjellig, men en samlet mening om hvordan vi tenker for veien videre. Og det er jo det gunstige med tverrfaglighet, at vi på en måte kan tenke sammen i stedet for at de blir bombardert med mange forskjellige ting de skal prøve. Så vet man ikke egentlig hva det er som hjelper.

Den tverrfaglige måten å arbeide på står ofte i motsetning til hva flere av foreldrene har erfart fra tidligere. Knyttet til dette fortelles det at foreldrene som får hjelp av spiseteamet ofte har vært i kontakt med en rekke ulike instanser over lengre tid, noe som har gjort at de har blitt møtt med forskjellige og i enkelte tilfeller motstridende råd. Dette opplever spiseteamet at kan ha gjort foreldrene usikre på hva som er det rette å gjøre, noe som videre kan ha ført til fortvilelse. En av informantene kommer med et spesifikt eksempel, som belyser nettopp denne problemstillingen, men også viktigheten av samkjøring:

For vi har jo møtt... eller jeg husker i hvert fall ett tilfelle, hvor de hadde fått så mye forskjellig, de hadde vært borti så mange forskjellige profesjoner, og hver profesjon stilte ulike krav. Også sa foreldrene som kom hit: «vi vet ikke helt hva vi skal gjøre, for den sier at vi burde gjøre sånn, den sier at vi burde gjøre sånn, og uansett hva vi gjør så blir det litt av litt, men ingenting egentlig 100% da». Så de følte egentlig ikke at de strakk til noen plass heller.

Koordinatorfunksjonen i teamet spiller en sentral rolle i denne samkjøringen. For det første innebærer rollen å gjennomføre den første inkomstsamtalen, noe som skaper et godt utgangspunkt for å sette opp pasienttimer til de riktige faggruppene i teamet. Videre går rollen ut på å holde oversikt over hva teamet tenker om de ulike pasientsakene, hva som har blitt drøftet, og hva som skal gjøres videre. Mer overordnet bidrar dette til å samle trådene, slik at man kan foreta valg og sette i gang tiltak basert på teamets helhetlige forståelse. I

tillegg til at dette kan lette enkelte arbeidsprosesser for spiseteamets medlemmer, beskrives det også som betydningsfullt for foreldrene, ved at det letter den totale belastningen de står i:

Det er noe med at når de møter et helhetlig, trygt team, som sier det samme og som er på samme planet på en måte, så oppleves det tryggere. Og kanskje spesielt i den pasientgruppa her, så tror jeg det med trygging er en veldig sann nøkkel i arbeidet som må være i bunn da. Så det tror jeg også er en veldig suksessfaktor ved å være tverrfaglig. Og der er jo koordinatorene en kjempenøkkel for å få det til, for de drar og holder tak i trådene.

Et eksempel på hvordan samkjøringen kan lette belastningen, er at foreldrene slipper å gjenta seg til de ulike fagpersonene i teamet. Fordi koordinatorene sammenfatter informasjon, vurderinger og tiltak i forbindelse med de ulike pasientsakene, møter foreldrene fagpersoner som er oppdaterte på den oppfølgingen de har fått, og som videre er samstemte i hva som bør gjøres videre.

Hovedtema to – Trygging – en nøkkel til å hjelpe foreldrene

Det andre hovedtemaet omfatter spiseteamets opplevelse av at det å trygge foreldrene kanskje er det viktigste de gjør. Dette innebærer å tilnærme seg foreldrene på måter som gjør at de føler seg sett, hørt og ivaretatt. Særlig relevant oppfattes det å være tilgjengelige for foreldrene, samt ha en balanse mellom å ta de på alvor, men også senke skuldre.

Undertema én – Ta på alvor, men også senke skuldre

På spørsmål om hva spiseteamet opplever som det viktigste arbeidet de gjør, fremhever flere av medlemmene betydningen av å ta foreldrene på alvor. En av årsakene til hvorfor denne tilnærmingen anses som viktig, er den komplekse naturen til spisevansker, hvor foreldrene ofte har stått i utfordringer over lang tid før de kommer til spiseteamet. Dette krever at de blir møtt av helsepersonell som tar både dem og problematikken på alvor. En måte å gjøre dette på, er gjennom å uttrykke overfor foreldrene at det de har stått i, ikke kan ha vært lett for dem. En av informantene formulerer det slik: «Ta de på alvor når de blir henvist og møter de for første gang, anerkjenne at det ofte har vært en lang vei før de kommer til oss, og vise forståelse for det». At det trekkes fram som viktig å ta foreldrene på alvor særlig når de blir møtt første gang, kan handle om tillitsbygging og en kommunikasjon av at spiseteamet faktisk ser foreldrene, noe som igjen kan trygge dem på at de kan motta god hjelp.

Et av medlemmene i spiseteamet erfarer at den helhetlige tilnærmingen til spisevanskene er en måte å ta foreldrene på alvor på: «[...] ta de på alvor og at man får en helhetlig tilnærming til det hele versus hva man kanskje får ellers. At vi tar dem på alvor, og at det har en verdi». Sitatet belyser i tillegg at det å ta foreldrene på alvor kan ha en egenverdi i seg selv – en slags behandlende effekt som handler om noe utover det å vise anerkjennelse og forståelse. Det at det blir samlet et team av helsepersonell rundt foreldrene som besitter kunnskap på flere ulike områder, står i samsvar til at problematikken de møter er kompleks og alvorlig. Dette reflekteres også i at spiseteamet benytter seg av den biopsykososiale modellen som rammeverk for sin praksis, som er utarbeidet nettopp for å sikre en mer helhetlig sykdomsforståelse.

I sammenheng med at en helhetlig tilnærming er en måte å ta foreldrene på alvor på, opplever en av informantene det som viktig å formidle til foreldrene at teamet vil undersøke ulike perspektiver på spisevanskene. Her trekkes det fram en erfaring av at foreldrene de møter noen ganger «ønsker» at utfordringene skal være knyttet til noe somatisk de typisk kan få hjelp til av en lege. Det blir da viktig med en forventningsavklaring der spiseteamet får formidlet at det kan finnes mer enn én årsak til problematikken, og dermed flere ulike innfallsvinkel til å hjelpe foreldrene og barna. Det at det kan være flere måter å tilnærme seg problemet på, kan også virke betryggende på foreldrene:

For den tryggingen er jo nesten også på at de [foreldrene] skal se at vi ser forskjellig. Og at de ser at vi adresserer at det kanskje ikke er bare spising, men det kan også være andre ting. For det er jo noen som vil veldig somatikk, somatikk... altså de vil til legen og si at det er noe... Men mange ganger så trenger det ikke å være noe. Så da er det fint at vi faktisk har fått forventningene deres litt avklart på forhånd. Vi ser litt bredere enn bare det ene [...]

I tillegg til at det å ta foreldrene på alvor anses som en sentral faktor i arbeidet, poengterer flere i spiseteamet viktigheten av det de omtaler som trygging i form av å senke skuldre. Relatert til dette sier en av informantene: «Jeg tror det er kjempeviktig denne balansen mellom å ta de på alvor og trygging». Dette impliserer at spiseteamet både må anerkjenne alvorligheten og kompleksiteten, men også trygge foreldrene på at det går bra, og at det er mulig å løse på sikt. I sammenheng med dette blir det formidlet at trygging er en tilnærming som er viktig uavhengig av fagprofesjon, og slik sett kan forstås som et felles grunnleggende fundament for spiseteamets arbeid: «Jeg føler at den største rollen vi alle har, uansett hvilken profesjon vi har, er å gå inn å trygge og senke skuldre. Det er liksom, jeg vil

nesten si 70% av arbeidet vårt. Om ikke mer». Sitatet understreker hvor stor betydning trygging faktisk har i foreldrearbeidet, og at det viktigste de gjør ikke handler om spesifikk fagkompetanse. Det handler heller om et overordnet syn på hvordan man som helsepersonell møter pasientgruppa og problematikken.

Et gjennomgående tema i intervjuet er betydningen av normalisering i møte med og i tryggingen av foreldrene. Dette nevnes særlig i forbindelse med fortellinger om at foreldrene til barna med spisevansker ofte har høye forventninger både til barnets matinntak, og til sin egen foreldrehåndtering. Dette innebærer at det er sentralt for spiseteamet å forsterke det foreldrene allerede gjør som er positivt, og dermed ha et mestringfokus. En av informantene sier følgende om dette temaet:

[...] de har gjort en del rett allerede. Men de tror jo nesten ikke det, fordi det blir aldri nok liksom. Det er noen som har kanskje litt sånn, som foreldre og, litt høye forventninger om hva er det egentlig man skal spise. For noen har jo laget seg en egen sånn illusjon nesten, av hva det er. Også blir jo det så altoppslukende at de ser ikke at de faktisk gjør noe bra også.

Sitatet viser til at foreldrene som spiseteamet møter, ofte kan sitte igjen med en følelse av at de ikke strekker til grunnet de uhensiktsmessige forventningene. I forlengelse av dette uttrykkes det at dette også kan være en opprettholdende faktor for barnets spisevansker, noe som blir beskrevet slik:

Ja, og det blir ikke noe måltidsglede, det blir bare stress og da vil jo ikke barna spise heller, sant. Så det blir en sånn ond sirkel på det. Også blir det ofte [...] opplever jeg da [...] litt sånn at du må bruke hele dagen på å tilby sant... Men da blir de jo verken sultne eller mette. Hele dagen går med på en aktivitet du ikke synes er ålreit. Så der og er vi...tenker vi litt annerledes enn kanskje mange andre, generelt helsepersonell og, vil jeg si.

Knyttet til det ovennevnte, nevnes det flere ganger av helsepersonellet i spiseteamet at det er avgjørende å normalisere overfor foreldrene hva man kan forvente av barnets matinntak. En av informantene forteller i denne sammenhengen at de ønsker å ha et langsiktig perspektiv på fremgangen hos barna, og at dette også fungerer som en måte å trygge foreldrene på: «Også trygge de på at det vil gå opp og ned, og at det ikke er unormalt. Progresjon over tid er det man er opptatt av». I dette ligger en realistisk tilnærming i arbeidet

og til hva man kan forvente av foreldrene og barna deres. Man er forberedt på at utviklingen ikke alltid følger en lineær kurve. Dette gjør at foreldrene kan trygges på at en slik stegvis framgang er normal, og at en nedgang i matinntak ikke innebærer at arbeidet er forgjeves. Til sammen kan denne holdningen som helsepersonellet har til spisevansker, bidra til å trygge og senke skuldrene til foreldrene de møter i sitt arbeid.

Undertema to – Tilgjengelighet er en form for trygging

En annen måte spisetteamet opplever at foreldrene blir trygget på, er gjennom å være tilgjengelige for dem. På spørsmål om hva spisetteamet opplever at foreldrene setter størst pris på, er det nettopp dette som trekkes frem: «At vi er tilgjengelig, føler jeg. Det dukket også opp fra i dag». Her understrekes det at foreldrene eksplisitt har uttrykt at dette har vært viktig for dem. Relatert til tilgjengelighet, blir praktiseringen av «spisetteamtelefonen» fremhevet som vesentlig. Dette er et tilbud hvor både foreldre og ulike støtteinstanser, som barnehage og helsesykepleiere, kan ringe spisetteamet via telefon for å få svar på lavterskelspørsmål. Koordinatorere i teamet er ansvarlige for spisetteamtelefonen, og er tilgjengelige to dager i uka for å besvare de henvendelsene foreldrene eller andre kommer med.

Koordinatorrollen innebærer også å koble på og utnytte de ulike fagpersonene i det tverrfaglige teamet, ut ifra hvilken kompetanse som kreves for å kunne besvare spørsmålene som stilles. Dette er særlig aktuelt dersom foreldrene eller andre stiller mer praktisk orienterte spørsmål som krever en spesifikk fagkompetanse. Involveringen av egnet helsepersonell for å besvare spørsmål foreldrene har, er en måte å ta de på alvor på, og dermed trygge dem. Å kunne koble på riktig fagperson forutsetter videre at koordinatorere har oversikt over hva de enkelte fagpersonene i teamet har kunnskap om, og kan bidra med. Dette sitatet illustrerer nettopp dette:

Mens andre ganger kan de ringe og spørre om opptrapping av sondematen for eksempel, da kobler jeg inn ernæringsfysiolog, også tar kanskje hun bare en telefon til foreldrene hvis det er noe jeg ikke kan svare på. Eller om det er sånn «ja nå har barnet mitt blitt forstoppet», da snakker jeg med lege, også er det kanskje en stol som ikke er som den skal, da tar jeg kontakt med ergoterapeut. Jeg kan koble inn de ulike gjennom de telefonene også, uten at resten av teamet er involvert sånn sett.

I tillegg til å gi svar på praktiske spørsmål, har tilgjengelighet gjennom spisetteamtelefonen også en positiv effekt mer psykologisk sett. Dette har sammenheng med

problematikken: komplekse og ofte alvorlige vansker hos barna, som kan bidra til stor belastning på foreldrene. Et sitat belyser nettopp hvorfor spiseteamet opplever at tilgjengelighet er avgjørende i arbeidet med denne målgruppen: «Å trygge dem på at de blir ivaretatt er viktig. Og at de har noen de kan søke hjelp hos når det er tungt. For enkelte dager er tyngre enn andre». Denne beskrivelsen åpner opp for at det å bare vite at spiseteamet er tilgjengelig, kan oppleves som beroligende for foreldrene. Videre kan foreldrene benytte spiseteamtelefonen til å få snakket ut om ting som opptar dem i relasjon til prosessen de står i. I slike tilfeller kan koordinatoren ha en mer lyttende heller enn rådgivende funksjon, som kan bidra til at foreldrene føler seg hørt og forstått. Et utdrag fra en dialog belyser dette slik:

Informant 1: Men det tar jo av litt trykket på noe, hvis noen får ventilere litt der først [...]

Informant 2: Ja, for noen ganger kan de ha et behov for å bare snakke og, fortelle litt.

Samtidig som tilgjengeligheten kan virke betryggende i seg selv, kan den bidra til fremgang og utvikling i arbeidet. Spiseteamet har erfaring med at flere foreldre drar nytte av spiseteamtelefonen, fordi tilgangen på rask hjelp gjør at de kan håndtere hindringer som oppstår på hjemmebane på en bedre måte. Dette er av særlig betydning fordi det kan forebygge at i utgangspunktet «små» utfordringer blir større, fordi foreldrene slipper å vente til neste pasienttime. Dette gjør også at spiseteamet i større grad opplever kontinuitet i foreldrearbeidet, samt kan forhindre ytterligere belastning på foreldrene, noe dette sitatet illustrerer:

Tidligere så måtte de liksom vente til neste time med lege, eller neste time med hvem det skulle være da, før de fikk svar, mens nå så kan vi løse opp i litt ting, og det og tror jeg gjør at arbeidet vårt går litt mer kontinuerlig, uten at knuta blir veldig stor til neste punkt [...] du får nøstet i de småknutene før det hopper seg opp i et veldig stort problem igjen, og det er alfa omega med de ungene her altså.

Hovedtema tre – «Det handler jo om å øke kunnskapen der ute»

Dette temaet belyser hvordan spiseteamet ser på spisevansker i en samfunnskontekst, og hvilken betydning dette har for deres arbeidssituasjon. Spiseteamet erfarer at synet på hva som er «normalt» og ikke, når det gjelder matinntak og spisevaner, blir stadig snevrere. De opplever følgelig at både foreldre, men også helsepersonell de samarbeider med, kan ha uhensiktsmessige forventninger til barns matinntak. Spiseteamet ser nytten av økt kunnskap

om spisevansker, både hos den generelle befolkningen, og på yrkes- og systemnivå. Dette for å kunne forebygge alvorlige og komplekse spisevansker, noe som vil ha innvirkning på hvilken pasientgruppe de møter i sin praksis.

Én ting er at spiseteamet er tilgjengelig for foreldrene når problematikken først har blitt så alvorlig at de trenger tverrfaglig, spesialisert hjelp. Et annet aspekt flere i teamet tar opp, er ønsket om å forhindre at barns spisevansker blir alvorlige i utgangspunktet. Relatert til dette, formidler flere i spiseteamet en opplevelse av at pasientgruppen de møter øker i antall, og at denne tendensen muligens kan snus dersom det igangsettes hensiktsmessige tiltak i primærhelsetjenesten:

Jeg synes jo at det bare blir flere og flere av dem. Det er min oppfatning [...] og det er jo mye tiltak som man kan komme med, og som man også kan komme med veldig tidlig, også i primærhelsetjenesten.

Et av tiltakene som blir foreslått er trygging av foreldre gjennom normalisering. En av informantene poengterer at primærhelsetjenesten har en viktig jobb med å møte bekymrede foreldre på en beroligende måte, særlig i tilfeller hvor det egentlig ikke er grunn til bekymring: «Friske barn tåler å hoppe over et måltid [...] Det er ikke farlig, hvis det gjør at de kanskje spiser seg opp på neste måltid. Det tenker jeg at kanskje er det viktigste som primærhelsetjenesten kan trygge foreldrene på [...]». Å ha fokus på normalisering er noe som videre kan motvirke at begynnende utfordringer eskaleres og utvikler seg til behandlingskrevende vansker. I slike tilfeller kan helsepersonell heller tilnærme seg foreldrene med en mer avslappet holdning, samt ha et overordnet fokus på trygging og forebyggende veiledning:

[...] også tenker jeg at når foreldrene i utgangspunktet har høye skuldre fordi spisingen er dårlig [...] hvis på en måte primærhelsetjenesten bekrefter den bekymringen når det ikke er en bekymring, så vil det også gjøre problemet verre. Noen ganger så må man bare si at «dette her går helt fint, vi tar tapt litt vekt i forbindelse med sykdommen, det er helt normalt». Vi setter opp en plan så ser vi at det har snudd. Ta det litt ned der da.

Samtidig kan det i sammenheng med dette trekkes fram at spiseteamet understreker at det å ha fokus på normalisering og senking av skuldre, er noe som oppleves som trygt fordi de er en del av et tverrfaglig team: «[...] og for oss er det jo lettere å stå i da, når vi vet at vi

faktisk kan oppfordre til det, og stå inne for det som et team». Dette kan forklares både med at teammedlemmene kan støtte seg på kunnskapen og oppfatningen fra flere yrkesgrupper, men også at de opplever en form for psykologisk støtte ved å være inkludert i et tett kollegafelleskap. For helsepersonell som opptrer som «enkeltpersoner» i helsetjenester, kan det tenkes å være mer utfordrende å komme med slike normaliserende råd uten å være en del av et team man kan støtte seg på, og reflektere sammen med. I tillegg er det et sentralt poeng at spiseteamets medlemmer gjennom et tverrfaglig samarbeid og utveksling av kompetanse, har utviklet en større viten om hva som anses som normalt og ikke på tvers av ulike yrkesområder. Det at de selv har erfart betydningen av å utveksle kunnskap seg imellom, medvirker trolig til oppfattelsen av at det hadde vært nyttig med kompetanseutveksling også ut mot primærhelsetjenesten. Helsepersonell må ha kunnskap om både normale og avvikende spiseutfordringer hos barn for å kunne igangsette riktige tiltak, og for å kunne vite når det er nødvendig med spesialisert behandling. Som et eksempel på dette, belyses det at man må ha kunnskap om forstoppelse og hvordan man kan avdekke dette, for å kunne vite at problematikken kan behandles på primærhelsetjenestenivå:

Sånn som da jeg startet, så var jeg ikke klar over hvor mange barn som sliter med forstoppelse for eksempel. Det er klart at hvis magen er full av bæsje, da spiser du ikke. Sånn at det at man er klar over det, og tar en skikkelig anamnese på det også, før de henvises til oss for dårlig spising. For det er klart at hvis det er fullt, så er det fullt. Da er det en annen plass enn ernæringen og matinntaket man bør starte på et vis.

Implikasjoner av at lettere vansker kan få tilstrekkelig hjelp i primærhelsetjenesten, er både at man kan forhindre stor belastning på foreldre og barn, samt at spiseteamet får mulighet til å prioritere ressursene på de mest alvorlige, sammensatte pasientsakene. Knyttet til dette sier en av informantene: «Jeg tror kanskje at noen av de vi har, kunne ha blitt stoppet før de hadde kommet til oss, hvis de hadde blitt tatt riktig i primærhelsetjenesten». På den andre siden anerkjennes det også at enkelte foreldre som til slutt kommer til spiseteamet har gjort alt de kan, og at det kanskje heller ikke hadde vært tilstrekkelig med god oppfølging fra primærhelsetjenesten. Dette belyser altså en erfaring av et tverrfaglig tilbud er nødvendig til tross for implementering av effektive, forebyggende tiltak:

Og så har vi noen der det er veldig sånn reelle spiseutfordringer, skulle jeg til å si, som man kanskje ikke hadde kunne stoppet med den veiledningen i bunnen da, det må

anerkjennes. Det er mange flinke foreldre som har gjort alt det rette med tanke på å senke skuldre også videre [...]

Et tiltak spiseteamet selv har forsøkt med formål om å heve kunnskapsnivået i ulike helsetjenester, er å holde undervisninger på klinikken, samt sikre samarbeid med andre sykehus: «Det er jo det vi kanskje har prøvd [om kunnskapsheving]. Vi har jo hatt litt sånne undervisninger internt, og så har vi prøvd å koble på Kristiansund og Levanger sykehus». Formålet med å få et tettere samarbeid med andre sykehus, har vært å kunne utveksle erfaringer, og på den måten utnytte den kompetansen og tverrfagligheten som eksisterer også utenfor spiseteamet på Øya. I tillegg opplyser spiseteamet om at de har hatt som mål å bedrive informasjonsformidling ut til helsestasjoner og fastlege. Fordi spiseteamet er tverrfaglig sammensatt og samkjørte i sin tilnærming til spisevansker, kan de tilby en helhetlig kunnskapsformidling som er basert på kompetanse fra flere yrkesgrupper, til annet helsepersonell. Dette håper de kan fungere som et forebyggende tiltak for alvorlige spiseutfordringer. Relatert til dette trekkes det frem en opplevelse av at annet helsepersonells viten om at spiseteamet finnes, kan bidra til at de kommer i posisjon til å hjelpe foreldrene tidligere: «[...] også tror jeg at, i og med at vi etter hvert er et etablert team som folk vet mer og mer om, så kommer vi til også litt tidligere sånn at vi kan forebygge at det går så langt da». Dette kan også gjøre at «forløpet ikke trenger å bli like langt», ifølge et av medlemmene. Et tydelig eksempel som viser at flere og flere vet om spiseteamet er at informantene nå opplever å få flere henvendelser fra primærhelsetjenesten:

Vi har jo blitt mer synlige. Nå får vi inn telefoner fra helsesykepleiere i Trondheim og sånn, det har vi jo ikke fått før [...] Folk må jo vite om teamet også for å kunne kontakte det.

Flere henvendelser til spiseteamet kan også handle om en *faktisk* økt forekomst av spisevansker. En av informantene deler noen synspunkter på hvordan dagens samfunnsfokus kan ha bidratt til dette: «Spising har blitt et veldig stort problem, og et veldig stort fokusområde». Informanten peker videre på at de gjennom det tverrfaglige arbeidet med foreldre, opplever at synet på hva som anses som «normalt» når det kommer til kroppsvekt har endret seg, noe som videre påvirker hva foreldre forventer av barnets matinntak:

Også ser vi også at normalbegrepet blir snevrere og snevrere. Barn blir generelt større og større, og det òg gjør at foreldre sammenligner barna sine. Det er klart at det ikke

er mange år siden barn var tynn som en stilk, og det var helt normalt. Sånn at det er også noe med forventningene til hvor stort et barn skal være [...] Og nå har vi tross alt en fedmeepidemi, sånn at det er synd at det går den veien. Man burde heller spilt på reguleringen selv, at når jeg er mett så er jeg mett.

En annen informant trekker linjer mellom samfunnsutviklingen, der mat har fått et større fokus, til erfaringer med at foreldre tar i bruk uhensiktsmessige strategier for å hjelpe barna sine med spising. Informanten er av den oppfatning at tidlige problemer med spisevansker kan ses i sammenheng med økt bruk av mobile enheter, som data, mobil og iPad, som et hjelpemiddel for å få barn til å spise:

Men det er jo den der regulering som kommer på utur ganske tidlig. Noe av den er jo i barnet innimellom, men noe blir kanskje også foreldreskapt. Litt på grunn av den biten der og så velger de noen uhensiktsmessige hjelpemiddel. Og vi har jo hatt...data, mobil og iPad er jo en stor diskusjon i media, for at noen faktisk skal spise i det hele tatt. Og det har vi jo hatt noen diskusjoner på, hvor lurt det er.

Det eksisterer med andre ord en felles forståelse for at dagens samfunn bidrar til å påvirke hvilken pasientgruppe med foreldre spisetimet møter i sin praksis. Dette belyser hvordan spisetimet ikke bare ser nytten av å øke kunnskapen blant helsepersonell, men også opplyse befolkningen generelt om spising og spisevansker. Dette vil i sin tur påvirke spisetimetets arbeidshverdag og fokusområder. En av informantene oppsummerer det slik, med bekreftende nikk fra de resterende medlemmene: «Så det handler jo egentlig om å øke kunnskapen der ute. Til alle, både på yrkesgruppenivå og populasjonsbasis».

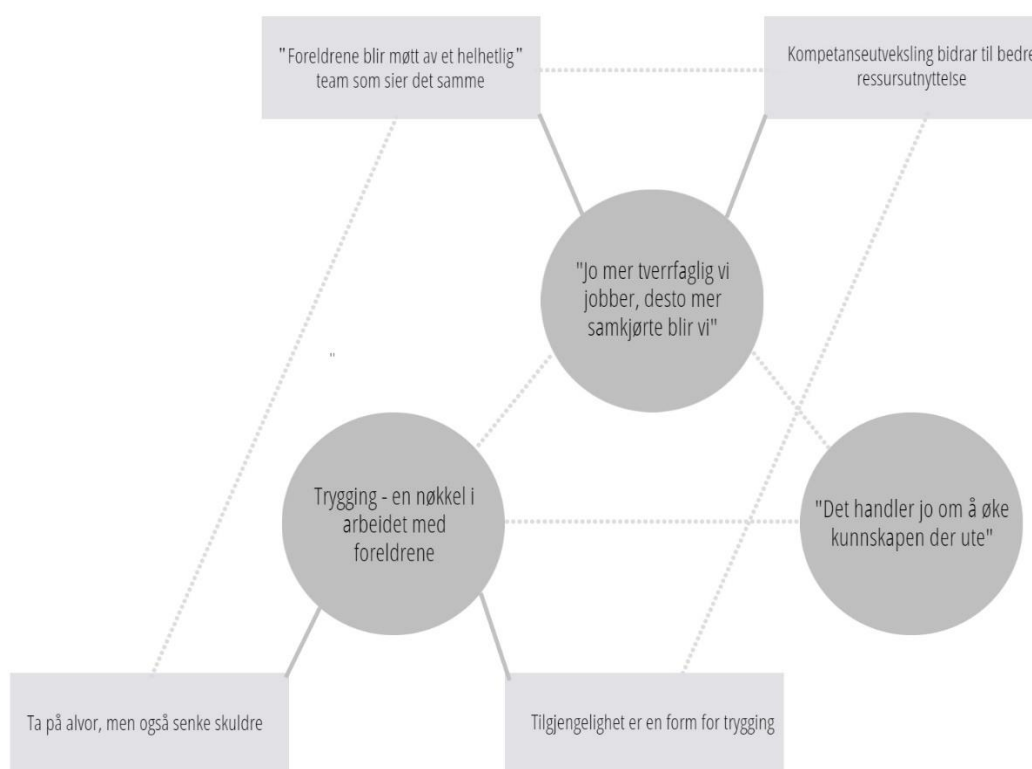
Diskusjon

I denne delen diskuteres funnene presentert i resultatdelen opp imot utvalgt litteratur. Temaene ses i sammenheng med hverandre, og resultatene undersøkes i et kritisk-realistisk rammeverk. Med utgangspunkt i en erfaringsbasert orientering, er målet først og fremst å formidle informantenes erfaringer. Samtidig er det ønskelig å utvikle nye perspektiver og kunnskap om hva som påvirker et tverrfaglig samarbeid som søker å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Forhåpentligvis kan dette bidra til økt bevissthet omkring hvordan tverrfaglige helseteam kan organiseres, og hva som er betydningsfullt i møte med foreldrene til denne pasientgruppen. Illustrasjonen nedenfor har til hensikt å oppsummere resultatene fra analysen, samt vise leseren hvilke sammenhenger vi tar utgangspunkt i når vi diskuterer

resultatene. Analyseprosessen har gjort det tydelig for oss at «alt henger sammen med alt», noe vi også ønsker at leseren skal ha i mente. Linjene som er trukket mellom ulike tema har likevel ikke vært direkte førende hvor hvordan diskusjonen er strukturert.

Figur 4

Tematisk kart som illustrerer hovedtemaene med respektive undertema og sammenhenger mellom de ulike temaene



Tverrfaglig samarbeid medfører effektivitet og tilgjengelighet

Et av hovedfunnene fra analysen, er at spiseteamet opplever det tverrfaglige samarbeidet som effektivt. En av årsakene til dette er kunnskapsutvekslingen som foregår mellom dem; en praksis som også understrekes som vesentlig i litteraturen (Rønbeck, 2007). En viktig forutsetning for at dette skal kunne skje, er ifølge medlemmene i spiseteamet at man ser viktigheten av andres kompetanse, og ikke opplever sin egen profesjonskunnskap som overordnet. En slik gjensidig respekt for andre faggruppers bidrag trekkes frem som grunnleggende for å lykkes med tverrfaglig samarbeid også i litteraturen (San Martín-

Rodríguez et al., 2005). En teamkultur som preges av en atmosfære der innspill fra ulike fagprofesjoner verdsettes har videre blitt identifisert som en av flere faktorer som kjennetegner effektive tverrfaglige behandlingsteam (Nancarrow et al., 2013).

I konteksten av å være en del av et tverrfaglig team har medlemmene erfart at samarbeidet på tvers av profesjoner, der hver enkelt åpent deler av egen fagkompetanse, har gjort at det dannes en felles kunnskapsbank som samtlige kan dra nytte av. Det at kunnskap og perspektiver fra ulike profesjonsbakgrunner sammenholdes og diskuteres i det tverrfaglige teamet, gjør at bidragene forenes til et helhetlig kompetansegrunnlag som utgjør mer enn de enkelte bidragene hver for seg. Det er nettopp dette som sies å skille tverrfaglige team fra flerfaglige team (Rønbeck, 2007).

At spiseteamets medlemmer erverver et bredere spekter av kunnskap som går utover sin spesifikke fagbakgrunn, muliggjør at de kan bidra i problemstillinger som ikke «naturlig» omfavnes av egen yrkesgruppe. Spiseteamet omtaler dette fenomenet som at de stadig blir mer samkjørt, og erfarer at dette bidrar til effektivitet både på organisatorisk nivå og teamnivå. En årsak til dette er at ikke alle faggruppene i teamet trengs å involveres i alle pasientsakene. I tillegg gjør det at foreldrene slipper å forholde seg til, samt gjenta ny informasjon til flere yrkesgrupper enn nødvendig. Dette kan redusere noe av belastningen de opplever. Ved at spiseteamet koordinerer helsehjelpen, slipper foreldrene å navigere i et landskap av ulike faggrupper der de selv er ansvarlige for hvem de oppnår kontakt med. Relatert til dette viser flere studier at familier med barn som har komplekse vansker, ofte rapporterer om at en stor utfordring de møter på i helsesystemet, er fragmentert kommunikasjon både mellom og innad i ulike helsetjenester (e.g., Golden & Nageswaran, 2012; Lutenbacher et al., 2005; Zanello et al., 2015). Et resultat av dette er at foreldrene opplever å bruke mye tid og ressurser på å få tilstrekkelig hjelp (e.g., Cady & Belew, 2017; Lutenbacher et al., 2005; Miller et al., 2009).

En mer direkte manifestasjon av hvordan kunnskapsutvekslingen i det tverrfaglige teamet kan bidra til effektivitet, kan sies å være spiseteamtelefonen. Gitt at tjenesten fører til økt koordinering, som beskrivelsene viser til, kan dette ses i sammenheng med forskning som viser at slike tjenester ofte er assosiert med kortere behandlingsforløp (Mickan, 2005). Spiseteamtelefonen gjør at foreldrene kan kontakte én person i teamet (en av koordinatorene), som kan besvare henvendelser på vegne av spiseteamet som helhet. På denne måten kan foreldrene få svar på spørsmål i «øyeblikket», slik at vanskene ikke vokser seg store til neste oppfølgingstime. Dermed kan de sikre større grad av kontinuitet i arbeidet. For at

spiseteamtelefonen skal fungere optimalt må koordinatorene ha godt nok kunnskapsgrunnlag til å møte henvendelsene på en hensiktsmessig måte, samt ha oversikt over hva de andre fagpersonene i teamet innehar av kompetanse. Det sistnevnte vil gjøre at de ved behov raskt kan koble på eller henvise til riktig person i saken.

Man kan argumentere for at kunnskapsutvekslingen i det tverrfaglige samarbeidet legger til rette for at koordinatorene greier å gjøre spiseteamet tilgjengelig via spiseteamtelefonen. Spiseteamets flate struktur, hvor det er lav terskel for å kontakte hverandre for spørsmål, kan også ses på som en forutsetning for opplevelsen av spiseteamtelefonen som en effektiv tjeneste. Dette fordi kulturen i teamet medfører at koordinatorene enkelt kan oppsøke de andre medlemmene for konkrete faglige spørsmål. Særlig aktuelt er dette i de tilfeller hvor de ikke selv innehar kompetansen eller oversikten til å komme med konkrete anbefalinger. En flat struktur beskrives i litteraturgjennomgangen til San Martín-Rodríguez og kollegaer (2005) som en organisatorisk faktor som kan bidra til et samarbeidende arbeidsklima og positive utfall.

Spiseteamet erfarer altså at spiseteamtelefonen på den ene siden er et hjelpemiddel som virker effektiviserende, og at dette får positive følger for både organisasjonen, som i dette tilfellet er sykehuset, samt teamet og foreldrene. På den andre siden oppleves spiseteamtelefonen sentralt i foreldrearbeidet gjennom at tilgjengeligheten den representerer oppleves tryggende på foreldrene. I studien til Greer og kollegaer (2008) ble tilgangen på nye kilder til støtte identifisert som en medvirkende faktor til et redusert stressnivå hos foreldre til barn med spisevansker. Spiseteamtelefonen kan tjene nettopp dette formålet, ved at foreldrene kan ringe og stille spørsmål, og videre få veiledning på hvordan de burde gå fram i konkrete situasjoner. Dette fokuset på sosial støtte er av betydning tatt i betraktning de studiene som viser at stress og bekymring hos omsorgsgivere kan virke opprettholdende og forsterkende på barns spisevansker (e.g., Finnane et al., 2017; Greer et al., 2008; Kerzner et al., 2015), samt ha en negativ påvirkning på foreldre-barn-relasjonen (Powers et al., 2002, s. 316).

Resultatene i vår studie viser til at spiseteamets medlemmer har positive erfaringer med at foreldrene opplever psykologisk støtte gjennom bruken av spiseteamtelefonen. Tilgjengeligheten via tjenesten kan muligens medføre at foreldrene ikke føler seg alene i utfordrende situasjoner, ettersom de vet at spiseteamets hjelp kun er en telefon unna. Indirekte kan dette ha betydning for i hvilken grad de evner å prøve ut, samt stå i konsekvensene av de rådene og anbefalingene de har fått. Dette kan ses i sammenheng med funn som viser at pasienters oppfattelse av tilgjengeligheten til helsetjenester er av stor

betydning (Tanner et al., 2020). En kvalitativ studie som undersøkte hvilke karakteristika ved helsepersonell foreldre til barn med spisevansker verdsette høyest, identifiserte tilgjengelighet som en av de viktigste faktorene (Simione et al., 2020). Disse funnene er altså konsistente med spiseteamets erfaring av at foreldrene de møter i sin praksis, setter størst pris på at medlemmene i spiseteamet er nettopp tilgjengelige for dem.

En helhetlig tilnærming som trygger

Den biopsykososiale modellen beskrives av medlemmene i spiseteamet som et overordnet rammeverk for deres arbeid. Dette er i overensstemmelse med anbefalingene beskrevet i veilederen til Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker (Oslo universitetssykehus, 2019). Informantene beskriver ikke eksplisitt hvordan den biopsykososiale modellen brukes i arbeidet. Imidlertid belyses den gjennom beskrivelser av spisevansker som en sammensatt problematikk som krever en helhetlig, tverrfaglig tilnærming. Et slikt perspektiv støttes også av forskning (Sharp et al., 2017). Helsepersonellet i spiseteamet har en oppfatning av at foreldrene opplever det som trygt å møte faggrupper med ulike perspektiver og innfallsvinkler. Dette kan fungere som en slags forsikring om at alle deler av problematikken, både biologiske, psykologiske og sosiale, blir tatt hensyn til og ivaretatt. Foreldre som til slutt oppsøker spiseteamets hjelp har ofte stått i komplekse utfordringer over lang tid, og forsøkt alle råd de har fått. Dette belyser viktigheten av å ta foreldrene på alvor, noe den helhetlige tilnærmingen bidrar til.

Spiseteamet oppfatter at foreldrene opplever det som trygt å møte et team som anbefaler det samme, samtidig som ulike fagprofesjoners perspektiver ivaretas gjennom konkrete faglige råd. Den enhetlige strategien fra det tverrfaglige teamet kan stå i kontrast til foreldres tidligere erfaringer. Mange har kanskje fått råd fra ulike hold som har vært utfordrende å gjennomføre parallelt. I tråd med dette viser forskning at ukoordinerte helsetjenester ofte innebærer at foreldrene må forholde seg til flere helsepersonell og deres respektive anbefalinger (Gui et al., 2018). Dette kan skape utfordringer for både pasientene og deres omsorgsgivere (Gui et al., 2018). At spiseteamet har stormøter som avholdes hver andre uke, der medlemmene drøfter pasientsakene, kan anses som en sentral faktor for å fasilitere samkjøring. Dette er konsistent med forskning, som også trekker frem tilgangen på kommunikasjonsarenaer som avgjørende for positive utfall ved tverrfaglig samarbeid (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Det kan også betraktes som viktig at medlemmene forstår forskjellene mellom dem og de andre fagprofesjonene i teamet. Resultatene indikerer at informantene har god kunnskap om hva de andre medlemmene har av kompetanse og ikke.

Dette skiller seg fra litteratur på området, som viser til at dette ofte er manglende blant helsepersonell (e.g., Hanson et al., 2000; Reese & Sontag, 2001). Kjennskap til omfanget av kompetanse innad i teamet kan legge grunnlag for at helsepersonellet blir enige seg imellom om en felles fremgangsmåte for hvordan vanskene skal håndteres. Foreldrene trenger på den måten ikke å forholde seg til hvordan ulike perspektiver skal vektas, prioriteres og forenes.

I tillegg til at tverrfaglig samarbeidet muliggjør at flere innfallsvinkler for å håndtere spisevansker blir inkludert i oppfølgingen av foreldrene, har det også medført at spiseteamet har kommet fram til tilnærminger som er nyttige på tvers av fagkunnskap og profesjoner. Et eksempel på dette er trygging gjennom å være tilgjengelig for foreldrene, ta de på alvor, men også senke skuldre. Disse tilnærmingene utgjør en grunnleggende måte å forholde seg til foreldrene på, som ligger som et fundament under de andre intervensjonene som anvendes. «Fellesnevnerne» for hvordan de ulike faggruppene tilnærmer seg foreldrearbeidet har fremstått som særlig vesentlig å formidle i denne studien. En årsak til dette er spiseteamets erfaring av at foreldrene opplever det som betydningsfullt å møte et samkjørt team som tilnærmer seg spiseutfordringer med samme holdning. Viktigheten av en slik felles forståelse er også i overensstemmelse med funnene fra litteraturgjennomgangen til San Martín-Rodríguez og kollegaer (2005). Til sammen belyser dette hvordan holdnings- og verdisystemer utgjør mekanismer som kan ha innvirkning på hvordan et tverrfaglig samarbeid fungerer.

Holdninger til spising og en tverrfaglig kontekst påvirker spiseteamets erfaringer

I lys av kritisk realisme er det aktuelt å undersøke hvilke underliggende mekanismer som kan ha bidratt til de erfaringene helsepersonellet besitter. Spiseteamet opplever at holdninger i samfunnet knyttet til barns spising og matvaner påvirker deres tverrfaglige foreldrearbeid. Det anses derfor som relevant å se nærmere på hvilke biologiske, sosiale og kulturelle mekanismer som kan ha medvirket til at disse holdningene har oppstått, fordi dette synes å påvirke spiseteamets erfaringer. Videre vil konteksten av å være et tverrfaglig team også kunne ha innvirkning på hvilke erfaringer helsepersonellet erverver, og hvilken forståelse de har av hva som er viktig i behandling av spisevansker. Disse aspektene vil diskuteres i dette kapitlet.

Biologiske, sosiale og kulturelle mekanismer

Spiseteamet formidlet en opplevelse av at normalbegrepet for barns kroppsvekt og spising har blitt snevrere på populasjonsnivå, og at dette kan bidra til å skape uheldige forventninger blant foreldrene de møter i sin praksis. Biologiske mekanismer som kan spille

inn på disse forholdene er endringer i regulering av energiinntak ved ulike utviklingsstadier. Et eksempel er at det er vanlig at energiinntaket ved 12-14 måneders alder reduseres som følge av en avflatning i vekstkurven. Dette kan vise seg som nedsatt appetitt og avvising av mat (Daniels, 2019). Manglende informasjon og forståelse for at dette utgjør en del av barns normale utvikling, kan bidra til uheldig bekymring blant foreldre (Daniels, 2019). Dette kan videre ses i sammenheng med erfaringene til spisetimet av at foreldre noen ganger kan ha en uhensiktsmessig forventning til hva barn skal spise. Denne erfaringen ser videre ut til å ha betydning for hvordan spisetimet velger å tilnærme seg foreldre, der de vektlegger et fokus på trygging og normalisering.

Sosiale mekanismer kan handle om hvordan foreldre håndterer det de tolker som bekymringsverdig spiseatferd hos barnet. Et eksempel som trekkes frem av helsepersonell i spisetimet er bruken av digitale enheter som nettbrett og telefon i forbindelse med måltid. I litteraturen omtales slik håndtering som ikke-responsive praksiser. En litteraturgjennomgang på temaet indikerer at disse praksisene er korrelert med negative utfall når det kommer til spiseatferd og vekt (Hurley et al., 2011). Bruken av ikke-responsive praksiser kan gjøre at barnet spiser av andre grunner enn sultfølelse og appetitt, noe som har betydning for evnen til selvregulering (Black & Aboud, 2011; Daniels, 2019). Dette kan i sin tur virke inn på hva som anses som normalvariasjon hva angår matinntak. I tråd med det ovennevnte formidlet en av spisetimets medlemmer en erfaring av at referanserammen for hva som regnes som normalvekt og normalt matinntak hos barn har endret seg. Denne erfaringen støttes av forskning som fant at barn som ble ansett som «dårlige spisere», ikke hadde noe lavere energikonsum enn resten av utvalget når man kontrollerte for vekt. Fordi barna var mindre, spiste de også mindre, men foreldrene misoppfattet dem som små fordi de trodde de spiste for lite (Saarilehto et al., 2004).

Kulturelle mekanismer knyttet til måltidspraksis kan også være av betydning. Dette understøttes av at det å få i barnet tilstrekkelig med næring anses som en sentral del av foreldrerollen. Tradisjonelle måltidspraksiser innebærer å tilby mat ofte, og gjerne som en av de første responsene på uttrykt ubehag hos barnet (Daniels, 2019). Disse praksisene har utviklet seg fra en tid da matmangel var en stor trussel mot barns utvikling. Til tross for at maten siden den gang har blitt langt mer energitett, har måltidspraksisene vedvart. Studier har vist at det å tilby mat igjen og igjen er assosiert med lavere selvreguleringsferdigheter, noe som kan hindre at barnet selv kjenner på sult og metthetsfølelse (Aparício et al., 2015). Sammen kan disse faktorene være noen av mange årsaker til at man snakker om en fedmeepidemi, der prevalensen av overvekt og fedme blant barn og ungdom på verdensbasis

har økt fra 4% i 1975 til over 18% i 2016 (WHO, 2021). Videre kan dette bidra til det snevrere normalbegrepet angående barns vekt og matinntak, som medlemmer av spiseteamet trekker fram som en erfaring.

Behovet for forebygging og normalisering sett i sammenheng med mekanismer ved det tverrfaglige samarbeidet

Vi har sett hvordan biologiske, sosiale og kulturelle mekanismer kan spille inn på holdninger til barns spising, noe som igjen kan bidra til hvilke erfaringer spiseteamet besitter. Det er i tillegg relevant å undersøke mekanismer knyttet til det å være et tverrfaglig helseteam, og hvordan dette kan påvirke spiseteamets erfaringer. Som det siste temaet i analysen viser til, har spiseteamet en opplevelse av at økt kunnskap om barns utvikling kan virke forebyggende for u hensiktsmessige forventninger til barns spising og matvaner. Samtidig har de en oppfatning av at dagens samfunn er preget av et overdrevent fokus på mat, og at dette kan være en bidragsyter til at spisevansker utvikles i utgangspunktet. Dette kan umiddelbart se ut som et paradoks, ved at spiseteamet både anser det som nødvendig med mer kunnskap om spisevansker og barns matvaner generelt, samtidig som de opplever at mer fokus på problematikken ikke nødvendigvis er hensiktsmessig. Det trekkes derimot fram en opplevelse av at det å fokusere *mindre* på matinntak kan være en virksom tilnærming for flere. Dette vil innebære å hjelpe noen foreldre til i større grad å stole på barns egen regulering, og unnlate forsøk på å kontrollere barnets spising.

Kanskje oppleves tilnærmingene spiseteamet har sluttet seg til i fellesskap, med fokus på normalisering og senking av skuldre, som virksomme fordi en del av arbeidet er å få foreldrene til å «slutte å gjøre ting». I dette ligger det at teamet må hjelpe foreldrene til å stole på at det er normalt med en svingende progresjon, samt at de gjør nok for å dekke barnets ernæringsbehov. Når foreldre opplever å mislykkes med sistnevnte, kan det gi opphav til redusert selvtillit og mestringsstro i foreldrerollen (Craig et al., 2007). Relatert til dette formidlet et av spiseteamets medlemmer en erfaring av at foreldrene ofte kan ha vansker med å se og anerkjenne det de allerede gjør som er bra. Svekket mestringsstro kan videre virke opprettholdende på vanskene (Kerzner et al., 2015), og kan forklare hvorfor trygging har vokst frem som en sentral tilnæringsmetode på tvers av fagprofesjonene i spiseteamet. En slik tilnærming er i overensstemmelse med fokuset på å styrke mestringsressurser, som står sentralt innenfor klinisk helsepsykologi (Berge & Lang, 2011).

Spiseteamet opplever at en viktig del av det å forebygge alvorlige spisevansker er å møte foreldrene på en hensiktsmessig måte tidlig i forløpet. De formidlet en oppfatning av at

primærhelsetjenesten har en viktig rolle i å informere og trygge foreldrene på hva som er normalt når det gjelder barns spising og matvaner. Dette håper spisetteamet kan forhindre at spiseutfordringer utvikler seg til en alvorlighetsgrad som krever spesialisert behandling. Dette er i samsvar med hva som fremgår av flere studier, hvor det argumenteres for at mange barn med spiseutfordringer både kan og bør håndteres i primærhelsetjenesten (e.g., Kerzner et al., 2015; Milano et al., 2019). Imidlertid understreker spisetteamet at ikke alle spisevansker kan håndteres eller behandles av helsepersonell i primærhelsetjenesten. Selv om både de og foreldrene prøver sitt beste og benytter seg av anbefalte tiltak, ligger det i spisevanskenes komplekse og alvorlige natur, at også mange er i behov for spesialisert behandling.

Basert på litteratur om tverrfaglige team (e.g., Mickan, 2005; Rønbeck, 2007) og informantenes beskrivelser, er det rimelig å anta at medlemmene innehar et større kunnskapsgrunnlag som et resultat av å ha jobbet tverrfaglig, enn de ville hatt dersom de jobbet enkeltvis med samme problematikk. I denne kunnskapsbanken inngår også kunnskap om normalvariasjon på tvers av ulike domener, både biologisk, psykologisk og sosialt. I tillegg er det et sentralt poeng at det å ha jobbet med denne pasientgruppen over lengre tid har bidratt til denne kompetansen. Spisetteamets medlemmer kan dermed sies å ha et godt utgangspunkt for å gi råd og anbefalinger hvor formålet er normalisering. Informantene formidlet også at kollegastøtten i det tverrfaglige teamet, gjør at det oppleves som enklere å komme med slike anbefalinger. Samlet sett innebærer dette at konteksten av å være et tverrfaglig team, har gjort at de i større grad opplever det som trygt å møte spiseutfordringer med en tryggende tilnærming. Dette kan muligens ses på som en forskjell fra hvilket utgangspunkt helsepersonell i primærhelsetjenesten har for å møte problematikken på samme måte, fordi de i større grad jobber alene. Relatert til dette erfarer spisetteamet at det trengs mer kunnskap blant helsepersonell om spising og matvaner. I studien til Kerzner og kollegaer (2015) presiseres det også at helsepersonell i primærhelsetjenesten har behov for mer systematiske tilnæringsmetoder, noe som krever mer kunnskap om temaet. Én måte å tilnærme seg dette behovet på, som spisetteamet også har tatt i bruk, er å holde undervisninger for annet helsepersonell om arbeidet de gjør. Tanken er altså at dersom helsepersonell i ulike deler av helsetjenesten har mer kunnskap om normale utviklingsutfordringer relatert til spising hos barn, kan de komme i posisjon til å trygge foreldrene – en praksis spisetteamet selv har god erfaring med.

Styrker og begrensninger

I dette kapitlet diskuteres studiens styrker og begrensninger. I tilfeller hvor det anses som relevant, vil forhold ved studien vurderes med tanke på pålitelighet og validitet, som utgjør aktuelle mål på forskningskvalitet for kvalitativ forskning.

Utvalget

I sammenheng med validitet er det relevant å ha et kritisk blikk på hvor datamaterialet er hentet fra (Leseth & Tellmann, 2018, s. 18). I dette prosjektet, hvor vi ønsket å se på erfaringer blant et *tverrfaglig* team, anså vi det som en fordel å ha alle de ulike fagprofesjonene representert i utvalget. Dette kan ha bidratt til å styrke studiens interne validitet. Det er likevel viktig å merke seg at ikke hele spiseteamet har blitt intervjuet. Man kan derfor ikke med sikkerhet si at erfaringene er representative for alle medlemmene, noe som således kan være en begrensning ved studien.

Datainnsamlingen

En styrke ved bruk av fokusgruppeintervju, er at metoden gjør det mulig å samle inn store mengder data på en rask og økonomisk måte (Wilkinson, 2015, s. 186). Den interaktive naturen til fokusgrupper kan fasilitere et større mangfold av responser; én deltakers innspill kan fremkalle spørsmål eller kommentarer fra andre deltakere, som gjør at nyanser og refleksjoner lettere kan komme frem i lyset (Eines & Thylèn, 2012). En ulempe med å benytte fokusgruppeintervju, er at det å moderere en gruppediskusjon krever ferdigheter og trening for at det skal kunne være en effektiv teknikk (Wilkinson, 2015, s. 188). Vi som studenter hadde lite erfaring med metoden på forhånd, noe som kan ha påvirket hvilke erfaringer vi har fått tilgang på. En annen potensiell negativ side ved å bruke fokusgruppeintervju, er at noen respondenter kan være mer tilbakeholdne enn andre i en slik gruppesetting. Man kan tenke seg at noen er mer åpne og har lettere for å dele negative erfaringer i et individuelt intervju. I denne studien kjente alle deltakerne i intervjuet hverandre fra før, noe som kan ha påvirket intervjuet på ulike måter, fordi det allerede er en etablert dynamikk mellom informantene. På den ene siden kan dette virke fasiliterende på diskusjonen dersom deltakerne føler seg trygge på hverandre. På den andre siden kan det virke begrensende dersom det eventuelt finnes konflikter blant informantene. Vi som forskere hadde en opplevelse av en god atmosfære i intervjusituasjonen, og at bruken av fokusgruppeintervju fasiliterte til en rikholdig diskusjon blant medlemmene.

I lys av kritisk realisme er det viktig å understreke at konteksten medlemmene i spiseteamet inngår i, som er et tverrfaglig team, muliggjør og har innvirkning på hvilke

erfaringer de erverver. Utvalget er vant til å forstå og tenke i en gruppekontekst, og intervjusituasjonen kan derfor ha lignet settingen medlemmene til vanlig diskuterer i. Dette kan anses som en styrke ved studien, fordi det både kan øke påliteligheten og validiteten. Informantene formidlet også eksplisitt ved slutten av intervjuet at de opplevde gruppediskusjonen som representativ for hvordan de vanligvis kommuniserer i stormøtene sine. Samtidig fortalte flere av medlemmene i intervjuet om hvordan de gjennom utveksling av kunnskap og erfaringer etablerer en slags felles forståelse av spisevaner og hensiktsmessige behandlingstilnæringer. Det er mulig at dette også kan ha vært en prosess som utspilte seg under intervjuet; at medlemmene sammen diskuterte og kom fram til en felles oppfatning eller konklusjon på det intervju spørsmålet som ble stilt. Gitt at dette var tilfellet, kan en begrensning være at en slik felles enighet blant medlemmene kan ha gått på bekostning av formidlingen av mer individuelle meninger og opplevelser. Samtidig er det viktig å trekke fram at de erfaringene som ble formidlet under intervjuet, sannsynligvis også ble påvirket av andre omstendigheter. Det er for eksempel et poeng at informantene har måttet formidle erfaringer fra en arbeidshverdag som mottakerne, det vil si vi som forskere, hadde lite kunnskap om. Dette kan ha påvirket hvordan de ordla seg for å sikre at vi som utenforstående forsto hva som ble formidlet.

Analysen og resultatene

Innenfor kvalitativ forskning er et viktig kvalitetskriterium at forskeren både er refleksiv og transparent i rapportskrivningen (Leseth & Tellmann, 2018, s. 16). Dette er noe vi har tilstrebet gjennom hele forskningsprosessen, med mål om at leseren skal kunne vurdere hvorvidt funnene anses som pålitelige. Vi har blant annet forsøkt å ha et reflektert forhold til egen rolle som forskere, gjennom å drøfte vår forforståelse, bakgrunn og teoretiske antakelser, samt hvilke forventninger vi hadde til forskningsresultatene. Vi har med andre ord beskrevet hvilken betydning vi som forskere kan ha hatt på de resultatene som har fremkommet. I tillegg har vi gitt detaljerte og rike beskrivelser av hvordan de ulike stegene har blitt gjennomført, fra intervju til transkripsjon og analyse. Dette er i tråd med anbefalinger presentert i faglitteraturen (Braun & Clarke, 2022). Når det kommer til presentasjon av resultatene, har vi inkludert utdrag fra intervjuet i form av sitater. Dette kan ha økt påliteligheten ved at leseren får mulighet til å undersøke samsvaret mellom datamaterialet og den tolkningen som har blitt gjort.

På samme måte som bruk av direkte sitater i resultatdelen kan styrke påliteligheten, kan den også bidra til økt intern validitet. Sitatene illustrerer at funnene er begrunnet ut ifra

datamaterialet, og er utvalgt for å belyse problemstillingen på en tydelig måte. Et annet virkemiddel vi har benyttet med hensikt å styrke studiens interne validitet, er å sende temanavnene og -definisjonene til alle informantene. De ble også tilbudt å få den helhetlige rapporten tilsendt før publisering. På den måten fikk informantene mulighet til å gi tilbakemeldinger, noe som bidrar til å sikre at funnene våre ikke er basert på misforståelser, og at det som fremkommer i studien er gjenkjennbart for deltakerne.

Problemstillingen i denne studien har vært fokusert rundt erfaringer blant medlemmene i spiseteamet. Gjennom den induktive tilnærmingen til datamaterialet oppdaget vi at holdninger til arbeidet og tilnærminger til foreldrene som var *felles* på tvers av profesjonene, heller enn hver fagpersons unike bidrag, fremsto som spesielt meningsfullt å formidle. Det er imidlertid viktig å presisere at resultatene ikke er en uttømmende representasjon av det medlemmene i spiseteamet vektla i intervjuet. Vi har blant annet ikke valgt å fokusere på hvordan man rent konkret behandler spisevansker hos barn eller hvilke spesifikke teknikker man kan benytte seg av, selv om også dette ble belyst av informantene. Grunnen til dette er at slike konkrete behandlingstilnærminger og effekten av disse i stor grad dekkes av annen forskning (e.g., McComish et al., 2016; Milano et al., 2019; Sharp et al., 2010). Knyttet til dette er det også relevant å understreke at de delene som omtaler foreldrenes opplevelse, er basert på spiseteamets oppfatning av disse opplevelsene. Studien har ikke undersøkt erfaringer blant foreldrene som mottar helsetjenester fra spiseteamet.

Studiens generaliserbarhet

Ekstern validitet og generaliserbarhet er begreper nært knyttet opp mot hverandre. Generaliserbarhet handler om hvorvidt de resultatene som har fremkommet fra forskningen kan generaliseres. Det er en pågående diskusjon innenfor kvalitativ forskning som omhandler nødvendigheten av nettopp generalisering, og hvordan dette i så fall kan gjøres i praksis (Tjora, 2021, s. 267). I dette forskningsprosjektet har målet vært å undersøke erfaringer blant helsepersonellet i ett spesifikt, tverrfaglig team og kan på det viset forstås som en slags kasusstudie. Det er derfor viktig å poengtere at resultatene ikke kan generaliseres til andre spiseteam. Dette innebærer også at studiens implikasjoner ikke nødvendigvis er nyttig for alle spiseteam eller helsepersonell som jobber med foreldre til barn med spisevansker. De kan likevel anses som mulige faktorer som kan vurderes. Målet med en kvalitativ studie er ikke å oppnå generaliserbare resultater, men heller si noe om unike erfaringer blant informantene i utvalget, i dette tilfellet spiseteamet ved BUK Øya. Leseren må derfor ha i mente at det som beskrives som nyttig eller viktig av spiseteamets medlemmer, bør ses på som en refleksjon av

deres subjektive opplevelser. Studien har med andre ord ikke undersøkt hva som faktisk, i en kvantitativ forstand, er nyttig eller virksomt i arbeidet med foreldre til barn med spisevansker. Enkelte mener at det for kvalitativ forskning gir mer mening å snakke om overførbarhet fremfor generaliserbarhet. Malterud (2017, s. 123-124) beskriver overførbarhet som hvorvidt studiens resultater kan gi innsikt som kan ha en nytteverdi i andre sammenhenger. Til tross for at funnene ikke er direkte generaliserbare til annet helsepersonell som jobber med barn med spisevansker, eller andre tverrfaglig team, kan studien likevel bidra med kunnskap om hva som kan være relevante faktorer å undersøke eller ta hensyn til i slike settinger.

Implikasjoner

Erfaringene som har blitt trukket fram og drøftet i denne studien kan ha nytteverdi også for andre utover informantene i spiseteamet, det være seg helsepersonell som jobber tverrfaglig og/eller med barn med spisevansker, eller enkeltindivider som er kjent med problematikken. Informantene i denne studien formidlet en opplevelse av at det er effektivt å jobbe tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Det er her viktig å understreke at selv om tverrfaglig helseteam selv oppfatter å være effektive, trenger ikke nødvendigvis resultatene å være effektive i et samfunnsperspektiv (Mickan, 2005). Denne studien kan med andre ord ikke si noe om faktisk effekt. Samtidig er det i forskning vist en sammenheng mellom opplevd og faktisk nytte (Assenany & McIntosh, 2002). Denne studien er med andre ord et av flere bidrag til litteraturen som indikerer at tverrfaglig samarbeid er en hensiktsmessig måte å tilnærme seg sammensatte helseutfordringer på (e.g., San Martín-Rodríguez et al., 2005; Sharp et al., 2017; WHO, 2010).

Erfaringer knyttet til velfungerende faktorer kan være nyttig når det skal opprettes nye tverrfaglige team, kanskje særlig de som har til hensikt å hjelpe barn gjennom foreldrearbeid, eller i videreutviklingen av allerede etablerte team. Videre ser spiseteamet nytten av økt kunnskap om spisevansker, både hos den generelle befolkningen, men også på yrkesgruppe- og systemnivå. Dette knyttes opp mot holdninger angående barns spising og matvaner i samfunnet. En formidling som er særlig relevant er opplevelsen av at primærhelsetjenesten muligens kan komme i posisjon til å forebygge at noen spisevansker utvikler seg til å bli alvorlige. I denne sammenhengen trekker spiseteamet fram sin egen rolle i å bidra i kompetansehevingen som kan muliggjøre dette. Det tverrfaglige samarbeidet gjør at teamet besitter kompetanse og erfaringer som andre kan dra nytte av.

En annen viktig implikasjon av denne studien kan sies å være for spiseteamet selv. Informantene formidlet at intervjuet fungerte som en intern evaluering av tilbudet, og at de

opplevde en økt bevissthet omkring arbeidet sitt. En konkret illustrasjon av dette er diskusjonen omkring utviklingsmuligheter, som ble inkludert som intervjutema med håp om å bidra til at informantene ville reflektere rundt hva som fungerer bra, og videre rette fokus mot hva som kan gjøres bedre. Her ble det belyst noen konkrete aspekter ved det tverrfaglige foreldrearbeidet som medlemmene hadde et ønske om å videreutvikle og forbedre. Eksempler var å etablere et tettere samarbeid med andre spiseteam, i større grad ta i bruk videokonsultasjoner for å øke tilgjengeligheten av helsetjenester, holde foredrag i primærhelsetjenesten, samt samle inn tilbakemeldinger fra foreldre mer systematisk ved hjelp av evalueringsskjema. Grunnet problemstillingens analysefokus og det som fremsto som særlig meningsfullt i datamaterialet, ble ikke utviklingsmuligheter prioritert i resultatdelen. Vi anser likevel diskusjonen om temaet under intervjuet som betydningsfull, ettersom økt bevissthet rundt og innsikt i arbeidet som gjøres kan ha positive ringvirkninger for oppfølgingen av pasientgruppen og deres foreldre. Dette er i overensstemmelse med spiseteamets egen oppfatning, der de uttrykte et ønske om å implementere de konkrete forslagene. Til sammen viser dette hvordan en intervjusituasjon kan ha nyttige implikasjoner i seg selv.

Videre forskning

Den høye forekomsten av foreldrerapporterte spiseutfordringer hos barn (Astrup et al., 2020; Paulsen et al., 2020), og de negative konsekvensene slike vansker kan ha (Budd et al., 1992; Craig et al., 2007; Feeding Matters, 2019) illustrerer behovet for ytterligere forskning på dette feltet. Det kan være relevant å gjennomføre flere studier som undersøker erfaringer til tverrfaglige team, både spiseteam spesifikt, men også andre helsefaglige team rettet mot andre pasientgrupper. Dette åpner opp for muligheter til å sammenligne helsepersonells erfaringer med tverrfaglig samarbeid både på tvers av spiseteam og pasientgrupper.

Mens det er anerkjent at tverrfaglige helseteam er assosiert med pasientbehandling av god kvalitet, er litteraturen sparsom når det gjelder å definere hvilke faktorer som fører til effektivitet, og de konkrete utfallene av slikt arbeid (Mickan, 2005). Det er heller ingen konsensus om hvordan begrepet «effektivitet» bør konseptualiseres og måles. Både teammedlemmer, pasienter og helseorganisasjoner kan oppfatte effektivitet på ulike måter (Mickan, 2005). Å kartlegge erfaringer til de som mottar helsehjelpen, men også de som gir den, kan være en av flere måter å få økt kunnskap om velfungerende faktorer og kliniske utfall på. Det kan derfor være nyttig med ytterligere forskning på foreldres erfaringer med oppfølgingen fra tverrfaglige spiseteam, særlig i en norsk kontekst, da dette etter vår viten

mangler. Dersom det da også gjøres mer forskning på erfaringer blant flere spiseteam enn BUK Øya, kan dette benyttes for å sammenligne opplevelsene blant helsepersonell og foreldre. I tillegg kan det være nyttig å også gjennomføre flere kvantitative studier på temaet, for å kunne sikre mer objektive mål på kliniske utfall av tverrfaglig helsehjelp for barn med spisevansker. Dette kan forhåpentligvis bidra til en bedre oppfølging av pasientgruppen.

Konklusjon

Denne studien har undersøkt hvilke erfaringer Spiseteam BUK Øya har med å jobbe tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Studien har vist at spiseteamet har overveiende positive erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet og hvordan denne arbeidsmetoden fungerer for å følge opp disse foreldrene. Spiseteamet opplever at det tverrfaglige samarbeidet medfører en helhetlig, samkjørt og tryggende tilnærming, i tillegg til effektivitet på både organisatorisk nivå og teamnivå. En av årsakene til at trygging har utviklet seg som en betydningsfull tilnærming i foreldrearbeidet på tvers av profesjoner, kan ses i sammenheng med erfaringer av at holdninger og forventninger i samfunnet knyttet til barns spising og matvaner kan føre til bekymring og stress hos foreldre. Det tverrfaglige samarbeidet kan forstås som en forutsetning for at teamet greier å trygge foreldrene, blant annet fordi den brede kompetansen gjør at de i større grad vet hva som er normalt og ikke, og hvilke tiltak som burde igangsettes. Relatert til dette, erfarer spiseteamet et behov for økt kunnskap om både spisevansker og normalvariasjon angående barns spising og matvaner, på yrkesgruppe- og populasjonsnivå. Som tidligere nevnt, eksisterer det så vidt vi vet ingen forskning på erfaringene blant helsepersonell i tverrfaglige team for spisevansker. Denne studien kan derfor være et viktig bidrag til innsikt i hvilke faktorer som oppleves som sentrale for å lykkes med tverrfaglig foreldrearbeid for denne pasientgruppen. Forhåpentligvis kan denne kunnskapen anvendes i kliniske settinger, for å ytterligere forbedre oppfølgingen av barn med spisevansker og deres foreldre.

Referanser

- Adams, W. (2015). Conducting Semi-Structured Interviews. I K. E. Newcomer, H. P. Hatry & J. S. Wholey (Red.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (4. utg., s. 492-505). Jossey-Bass. <http://doi.org/10.1002/9781119171386.ch19>
- Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J. & Albuquerque, C. (2015). Parental attitudes, beliefs and practices about child feeding: relationship with preschooler's weight status. *Atencion Primaria*, 47(1), 24-28. Hentet fra: <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-parental-attitudes-beliefs-practices-about-X0212656715474938>
- Assenany, A. E. & McIntosh, D. E. (2002). Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the Schools*, 39(2), 209-219. <https://doi.org/10.1002/pits.10032>
- Astrup, H., Myhre, J. B., Andersen, L. F. & Kristiansen, A. L. (2020). *Småbarnskost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant 2-åringer i Norge*. Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo.
- Bamigbade, S-E., Rogers, S. L., Wills, W. & Ludlow, A. (2022). Mothers' accounts of mealtime and feeding challenges for children with Tourette syndrome or persistent tic disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.936796>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative research*, 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge [Developing the field of clinical health psychology in Norway]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(4), 323-331. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/04/manifest-klinisk-helsepsykologi-i-norge>
- Black, M. M. & Aboud, F. E. (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 490-494. <https://doi.org/10.3945/jn.110.129973>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Red.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 57-71). American Psychological Association.

- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597.
<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Budd, K. S., McGraw, T. E., Farbisz, R., Murphy, T. B., Hawkins, D., Heilman, N. & Werle, M. (1992). Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(1), 81-94. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/17.1.81>
- Byrne, D. (2021). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive analysis. *Quality & Quantity*, 56, 1391-1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Byrne, R., Jansen, E. & Daniels, L. (2017). Perceived fussy eating in Australian children at 14 months of age and subsequent use of maternal feeding practices at 2 years. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 123-131.
<https://doi.org/10.1186/s12966-017-0582-z>
- Cady, R. G. & Belew, J. L. (2017). Parent Perspective on Care Coordination Services for Their Child with Medical Complexity. *Children*, 4(6), 45-59.
<https://doi.org/10.3390/children4060045>
- Clark, R. R., Fischer, A. J., Lehman, E. L. & Bloomfield, B. S. (2019). Developing and implementing a telehealth enhanced interdisciplinary pediatric feeding disorders clinic: A program description and evaluation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 31(2), 171-188. <https://doi.org/10.1007/s10882-018-9652-7>
- Craig, G. M., Scambler, G. & Spitz, L. (2007). Why parents of children with developmental disabilities requiring gastronomy feeding need more support. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45(3), 183-188. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2003.tb00928.x>
- D'Amour, D., Sicotte, C. & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17(3), 78-94. <https://doi.org/10.3406/SOSAN.1999.1468>
- Daniels, L. A. (2019). Feeding practices and parenting: A pathway to child health and family happiness. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 74(2), 29-42.
<https://doi.org/10.1159/000499145>
- Drisko, J. W. (1997). Strengthening qualitative studies and reports: Standards to promote academic integrity. *Journal of Social Work Education* 33(1), 185-197.
<https://doi.org/10.1080/10437797.1997.10778862>
- D'Souza, A., Fabricius, A., Amodio, V., Colquhoun, H., Lewko, J., Haag, H. L., Quilico, E.,

- Archambault, P., Colantonio, A. & Mollayeva, T. (2020). Men's gendered experiences of rehabilitation and recovery following traumatic brain injury: a reflexive thematic analysis. *Neuropsychological rehabilitation*, 32(3), 337-358. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1822882>
- Eines, T. F. & Thylèn, I. (2012). Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgrupper som forskningsmetode - med fokus på pårørende som informanter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1), 94-107. <http://doi.org/10.7557/14.2334>
- Estrem, H. H., Pados, B. .F, Thoyre, S., Knafl, K., McComish, C. & Park, J. (2016). Concept of Pediatric Feeding Problems From the Parent Perspective. *The American journal of maternal child nursing*, 41(4), 1-8. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000249>
- Feeding Matters. (2019). *Economic Impact Report: Financial Burdens of Pediatric Feeding Disorder on Insured Families*. <https://www.feedingmatters.org/economic-impact-report/>
- Field, D., Garland, M. & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39(4), 299-304. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2003.00151.x>
- Finnane, J. M., Jansen, E., Mallan, K.M. & Daniels, L. A. (2017). Mealtime structure and responsive feeding practises associated with less food fussiness and more food enjoyment in children. *Journal of nutrition education and behavior*, 49(1), 11-18. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.007>
- Golden, S. L. & Nageswaran, S. (2012). Caregiver voices: coordinating care for children with complex chronic conditions. *Clinical Pediatrics*, 51(8), 723-729. <https://doi.org/10.1177/0009922812445920>
- Greer, A. J., Gulotta, C. S., Masler, E. A. & Laud, R. B. (2008). Caregiver Stress and Outcomes of Children with Pediatric Disorders Treated in an Intensive Interdisciplinary Program. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6), 612-620. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm116>
- Gui, X., Chen, Y. & Pine, K. (2018). Navigating the Healthcare Service «Black Box»: Individual Competence and Fragmented System. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 2(61), 1-26. <https://doi.org/10.1145/3274330>
- Helse Stavanger. (2021, 03. juni). *Spisevaner og spiseforstyrrelser hos barn og unge*. <https://helse-stavanger.no/barn-og-unges-helsetjeneste/spisevaner-og->

spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge

- Hewetson, R. & Singh, S. (2009). The lived experience of mothers of children with chronic feeding and/or swallowing difficulties. *Dysphagia*, 24(3), 322-332.
<https://doi.org/10.1007/s00455-009-9210-7>
- Hurley, K. M., Cross, M. B. & Hughes, S. O. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 495-501. <https://doi.org/10.3945%2Fjn.110.130047>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S. & Chatoor, I. (2015). A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Kovacic, K., Rein, L. E., Szabo, A., Kommareddy, S., Bhagavatula, P. & Goday, P. S. (2021). Pediatric feeding disorder: A nationwide prevalence study. *The Journal of Pediatrics*, 228, 126-131. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research* (4. utg.). SAGE Publications Inc.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Gyldendal akademisk.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. (2. utg.) Universitetsforlaget.
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm Akademisk.
- Lukens, C. T. & Silverman, A. H. (2014). Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. *The Journal of Pediatric*, 39(8), 903-917.
<https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu040>
- Lutenbacher, M., Karp, S., Ajero, G., How, D. & Williams, M. (2005). Crossing community sectors: challenges faced by families of children with special health care needs. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 162-182.
<https://doi.org/10.1177/1074840705276132>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Manikam, R. & Perman, J. (2000). Pediatric Feeding Disorders. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 30(1), 34-46. <https://doi.org/10.1097/00004836-200001000-00007>
- McComish, C., Brackett, K., Kelly, M., Hall, C., Wallace, S. & Power, V. (2016). Interdisciplinary Feeding Team: A Medical, Motor, Behavioral Approach to Complex

- Pediatric Feeding Problems. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(4). 230-236. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000252>
- McLellan, E., MacQueen, K. M. & Neidig, J. L. (2003). Beyond the Qualitative Interview: Data Preparation and Transcription. *Field Methods*, 15(1), 63-84. <https://doi.org/10.1177/1525822X02239573>
- Mickan, S. M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2), 211-217. <https://doi.org/10.1071/AH050211>
- Milano, K., Chatoor, I. & Kerzner, B. (2019). A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Pediatric Gastroenterology*, 21(10), 51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>
- Miller, A. R., Condin, C. J., McKellin, W. H., Shaw, N., Klassen, A. F. & Sheps, S. (2009). Continuity of care in children with complex chronic health conditions. Parents' perspectives. *BMC Health Service Research*, 9(1), 242. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-242>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Oslo universitetssykehus (2019). *Tverrfaglig arbeid ved spise- og ernæringsvansker hos barn: en veileder*. Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker.
- Oslo universitetssykehus (2021). *Kartlegging av tverrfaglige behandlingstilbud til barn med spise- og ernæringsvansker*. Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker.
- Oslo universitetssykehus (2022, 22. juli). *Spise og ernæringsvansker*. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-habilitering-av-barn-med-spise-og-erneringsvansker/hva-er-spise-og-erneringsvansker>
- Paulsen, M. M., Myhre, J. B., Andersen, L. F. & Kristiansen, A. L. (2020). *Spedkost 3. Landsomfattende undersøkelse av kostholdet blant spedbarn i Norge, 12 måneder*. Folkehelseinstituttet og Universitetet i Oslo.
- Poland, B. & Pederson, A. (1998). Reading between the Lines: Interpreting Silences in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 4(2), 293-312. <https://doi.org/10.1177/107780049800400209>
- Powers, S. W., Byars, K. C., Mitchell, M. J., Patton, S. R., Staniford, D. A. & Dolan, L. M.

- (2002). Parent report of mealtime behavior and parenting stress in young children with type 1 diabetes and in healthy control subjects. *Diabetes Care*, 25(2), 313-318. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.2.313>
- Reese, D. J. & Sontag, M-A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, 26(3), 167-175. <https://doi.org/10.1093/hsw/26.3.167>
- Rønbeck, A. E. (2007). Tverrfaglig samarbeid i og utenfor ansvarsgrupper. I A. Østli (Red.), *Spesialpedagogikk: Forskningsutgave*. Utdanningsforbundet.
- 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(1), 132-147. <https://doi.org/10.1080/13561820500082677>
- Saarilehto, S., Lapinleimu, H., Keskinen, S., Helenius, H., Talvia, S. & Simell, O. (2004). Growth, energy intake, and meal pattern in five-year-old children considered as poor eaters. *The Journal of Pediatrics*, 144(3), 363-367. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2003.12.028>
- Schiørbeck, H. (u.d.). *Tverrfaglighet, utredning og behandling: en utfordrende prosess*. Oslo universitetssykehus.
- Schofield, R. F. & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings: are they effective?. *Health & Social Work*, 24(3), 210-219. <https://doi.org/10.1093/hsw/24.3.210>
- Serban, N., Harati, P. M., Elizondo, J. M. M. & Sharp, W. G. (2020). An Economic Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Treating Medicaid-Insured Children with Pediatric Feeding Disorders. *Medical Decision Making*, 40(5), 596-605. <https://doi.org/10.1177/0272989X20932158>
- Sharp, W. G., Jaquess, D. L., Morton, J. F., & Herzinger, C. V. (2010). Pediatric feeding disorders: A quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(4), 348-365. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0079-7>
- Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E. & McElhanon, B. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard is the Standard of Care? *The Journal of Pediatrics*, 118, 116-124. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002>
- Sharp, W. G., Volkert, V. M., Stubbs, K. H., Berry, R. C., Clark, M. C., Bettermann, E. L., McCracken, C. E., Luevano, C., McElhanon, B. & Scahill, L. (2020). Intensive

- Multidisciplinary Intervention for Young Children with Feeding Tube Dependence and Chronic Food Refusal: An Electronic Health Record Review. *The Journal of Pediatrics*, 223, 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.04.034>
- Simione, M., Dartley, A. N., Cooper-Vince, C., Martin, V., Hartnick, C., Taveras, E. M. & Fiechtner, L. (2020). Family-centered Outcomes that Matter Most to Parents: A Pediatric Feeding Disorders Qualitative Study. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 71(2), 270-275.
<https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000002741>
- Smith, J., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. SAGE Publication.
- St. Olavs hospital. (2021, 20. mai). *Spisevansker hos barn*.
<https://stolav.no/behandlinger/spisevansker-hos-barn?sted=spiseteam-barne-og-ungdomsklinikken-oya>
- Tanner, E. C., Vann, R. J. & Kizilova, E. (2020). Consumer-level perceived access to health services and its effects on vulnerability and health outcomes. *Journal of Public Policy & Marketing*, 39(2), 240-255. <https://doi.org/10.1177/0743915620903299>
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4.utg.). Gyldendal.
- Volkert, V. M., Patel, M. R. & Peterson, K. M. (2016). Food refusal and selective eating. I J. K. Luiselli (Red.), *Behavioral health promotion and intervention in intellectual and developmental disabilities* (s. 137-161). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27297-9>
- Volkert, V. M. & Piazza, C. C. (2012). Pediatric feeding disorders. I P. Sturmey & M. Hersen (Red.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology, Vol. 1. Child and adolescent disorders* (s. 323-337). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/10.1002/9781118156391.ebc001013>
- Wilkinson, S. (2015). Focus Groups. I J. A. Smith (Red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3. utg., s. 199-221). SAGE Publications.
- World Health Organization (WHO). (2010, 1. september). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*.
<https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- World Health Organization (WHO). (2021, 9. juni). *Obesity and overweight*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zanello, E., Calugi, S., Rucci, P., Pieri, G., Vandini, S., Faldella, G. & Fantini, M. P. (2015).

Continuity of care for children with special healthcare needs: A qualitative study of family's perspectives. *Italian Journal of Pediatrics*, 41(1), 7.
<https://doi.org/10.1186/s13052-015-0114-x>

Vedlegg

Vedlegg A: Infoskriv med samtykkeskjema til informanter



Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET «HVORDAN HJELPE FORELDRE TIL BARN MED SPISEVANSKER? EN KVALITATIV ANALYSE AV TVERRFAGLIG SAMARBEID I SPISETEAM»?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvordan et tverrfaglig spiseteam arbeider for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Mer konkret ønsker vi å finne ut mer om hvordan man følger opp barn og foreldre psykososialt, samt hvordan man kan møte foreldre på en måte som fremmer mestring og positive samspillsopplevelser mellom foreldre og barnet. Videre er vi interessert i hva som er fellesnevnerne og ulikheter i hvordan de ulike yrkesgruppene i spiseteamet tilnærmer seg foreldrene, samt hvordan personene i teamet ser på og utnytter hverandres kompetanse i det tverrfaglige foreldrearbeidet.

Vi spør deg om å delta i prosjektet fordi vi tenker at du som helsepersonell i Spiseteam BUP-BUK, St. Olavs hospital kan gi oss nyttig innsikt i og kunnskap om hvordan man arbeider tverrfaglig med foreldrene til barn med spisevansker for å hjelpe disse på best mulig måte. Vi har kommet i kontakt med dere i spiseteamet ved BUP-BUK gjennom psykologspesialist Silja Berg Kårstad, som også til daglig jobber i teamet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet består av et fokusgruppeintervju der det er ønskelig at alle yrkesgruppene i spiseteamet er representert. Intervjuet er planlagt gjennomført i februar 2022, og vil ta ca. 2 timer. For å sikre en korrekt gjengivelse av informasjon som gis av deltakerne under intervjuet, ønsker vi å benytte diktafon. Intervjuet vil senere bli transkribert og brukt som utgangspunkt for videre analyse.

Ettersom det i denne studien er relevant at det kommer frem hvilken yrkesbakgrunn informantene har, vil det skriftlige materialet utformes slik at informantene representeres ved profesjon. I tillegg vil det opplyses om at det er spiseteamet ved BUP-BUK som utgjør utvalget i forskningsprosjektet. Institusjonen forblir med andre ord ikke anonymisert. Det er likevel viktig å presisere at det utenom yrkesprofesjon ikke vil oppgis annen personidentifiserende informasjon eller deltakernes navn i det skriftlige materialet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i dette prosjektet vil ikke medføre noen form for risiko. Du som deltaker må bruke to timer på gjennomføring av intervjuet, og vår foreløpige plan er å gjennomføre dette på en av deres månedlige, tverrfaglige møter. En mulig ulempe er derfor at ett av disse møtene faller bort. Andre potensielle ulemper er at det kan oppleves som ubehagelig å dele sine erfaringer med kollegaer. I tillegg vil det som nevnt oppgis i det skriftlige materialet at det er spiseteamet i BUP-BUK som er utvalget i forskningen, noe som begrenser din fulle anonymitet.

Fordelen med å delta på prosjektet er at du som deltaker kan få en større innsikt i og bevissthet rundt hvordan dere jobber i spiseteamet, i tillegg til nyttig innsikt i hvilke synspunkter de andre i teamet innehar. Du/dere vil også få en utenforstående persons blick på og forståelse av hvordan dere jobber. I etterkant av det skriftlige arbeidet, vil du/dere få mulighet til å få oppgaven tilsendt, samt kunne bruke informasjonen som har fremkommet til å videreutvikle tilbudet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og disse vil da utleveres innen 30 dager. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder eller studentene som skriver hovedoppgaven (se kontakinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Informasjonen om deg skal brukes i en hovedoppgave, i tillegg til en mulig publikasjon i et relevant vitenskapelig tidsskrift.

Oversikten mellom sammenhengen mellom yrkesprofesjon (som vil brukes som benevnelse i det skriftlige materialet) og faktisk navn vil oppbevares i et eget skjema, separert fra annet datamateriale. Det er kun prosjektleder Siri Weider og psykologstudentene Karina Wenaas og Astrid Gisnås, som skriver hovedoppgaven, som har tilgang til denne oversikten. Alt materiale vil oppbevares i innelåst skap ved NTNU. Dette skapet er det kun psykologistudentene som skriver hovedoppgaven som har tilgang til. Transkripsjonsprosessen vil til enhver tid foregå på et kryptert nettverk og lagres på en passordbeskyttet server. Etter at forskningsprosjektet er ferdig, vil opplysningene om deg bli oppbevart i fem år av kontrollhensyn, før de blir slettet. Dette inkluderer både lydopptak, det transkriberte materialet, oversikt med navn og yrkesprofesjon, samt mailkontakt.

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2025. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). Yrkestittel knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

GODKJENNINGER

Prosjektet er fremleggsvurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og faller utenfor deres mandat. Saksnummer: 384676.

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og Barne- og ungdomsklinikken (BUK).

Institutt for psykologi, NTNU, og prosjektleder Siri Weider er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på Samtykke (GDPR artikkel 6 nr. 1 bokstav a; samtykke fra den registrerte, alminnelige personopplysninger).



Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet, ønsker å trekke deg fra deltakelse eller trenger å snakke med en av oss i etterkant av fokusgruppeintervjuet, kan du kontakte Astrid Gisnås (480 36 546 / astrigis@ntnu.no), Karina Wenaas (981 20 561 / karinahw@ntnu.no) eller Siri Weider (siri.weider@ntnu.no).

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: thomas.helgesen@ntnu.no

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

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg B: Intervjuguide

Intervjuguide

Tverrfaglig foreldrearbeid

→ Hva gjør at tverrfaglig samarbeid er viktig for å kunne hjelpe foreldre som har barn med spisevansker?

→ Hvordan arbeider dere for å hjelpe foreldrene?

Jobber dere ut i fra noen teoretiske rammeverk?

Benytter dere noen spesielle verktøy eller teknikker i foreldrearbeidet?

Kan dere si noe om hvordan dere tilrettelegger for behovene til hver enkelt forelder?

Hva opplever dere at foreldrene setter størst pris på å få hjelp til?

→ Kan dere snakke litt om hvordan det tverrfaglige samarbeidet foregår?

Hvordan kommuniserer dere med hverandre?

Arbeidsoppgaver til de ulike faggruppene (er det tydelig definerte roller, fordeler og ulemper ved dette)

→ Hvordan opplever dere at deres egen fagkompetanse er relevant for teamet?

Forskjeller på hvordan dere gjør foreldrearbeidet?

Utnytte hverandres kompetanse?

→ Opplever dere noen utfordringer med å jobbe tverrfaglig?

Hvordan løser dere dette?

Hvilke forutsetninger mener dere bør ligge til grunn for å lykkes med et tverrfaglig foreldrearbeid? (er noen av disse elementene viktigere enn andre, og hvorfor)

→ Møter dere på noen utfordringer i arbeidet med foreldrene?

Hvordan løser dere dette?

Utviklingsmuligheter

→ I hvilken grad opplever dere at tilbudet deres faktisk hjelper foreldrene og deres barn?

Noe dere er spesielt fornøyd med?

→ Opplever dere at det er behov for flere tiltak rettet mot denne pasientgruppen? Som kurs, forskning, utdanning, veiledning osv.?

→ Hvordan ser dere på fremtiden til spiseteamet?

Noe som kunne vært gjort annerledes?

Noe dere savner?

→ Hvordan opplever dere å ha tilstrekkelig med ressurser for å kunne tilby den hjelpen dere ønsker? (tid, penger, lovverk)

Avslutning

→ Er det noe mer dere ønsker å fortelle om eller legge til, som dere tenker er viktig for at vi skal få en god forståelse av arbeidet dere gjør?

Vedlegg C: Behandlet fremleggsvurdering fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)



REGIONALE KOMITEER FOR MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNINGSETIKK

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	73597508	29.11.2021	384676

Siri Weider

Fremleggingsvurdering: Hvordan hjelpe foreldre til barn med spisevansker? En kvalitativ analyse av tverrfaglig samarbeid i spiseteam

Søknadsnummer: 384676

Forskningsansvarlig institusjon: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Kontekst og bakgrunn for studien

Spisevansker hos yngre barn kjennetegnes av at barnet har utfordringer med å spise og/eller drikke det som er nødvendig for at næringsbehovet skal dekkes. Det er en stadig økning i forekomsten av bekymring for spising og matvaner hos barn. Bekymring og stress er normale reaksjoner hos foreldre til barn som på ulike måter strever med å spise og/eller drikke. Samtidig er dette reaksjoner som kan opprettholde og forsterke vanskene, og er dermed sentrale å fokusere på i behandling. I 2015 ble det gjennomført en landsdekkende kartlegging av behandlingstilbudet for barn med spisevansker, som viste stor variasjon i dette tilbudet, blant annet med tanke på arbeidsform. Spiseteamet ved BUP-BUK er relativt nyoppstartet (1- 2 år siden), og var derfor ikke en del av denne kartleggingen. Dette gjør det ytterligere relevant å undersøke hvordan dette teamet arbeider.

Problemstilling, teori/forskning og metode

Problemstillingen for oppgaven er: "Hvordan jobber spiseteamet ved BUP-BUK, St. Olavs tverrfaglig for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker?". Formålet med dette forskningsprosjektet er å få økt kunnskap om og innsikt i hvordan helsepersonell jobber i tverrfaglig spiseteam for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker. Mer konkret ønsker vi å finne ut mer om hvordan man møter og følger opp foreldrene til disse barna, men også hvordan man samarbeider i et slikt tverrfaglig team for å kunne utøve best mulig hjelp. Vi er deriblant interessert i hva som er fellesnevnerne og ulikheter i hvordan de ulike yrkesgruppene i spiseteamet tilnærmer seg foreldrene, samt hvordan personene i teamet ser på og utnytter hverandres kompetanse i det tverrfaglige foreldrearbeidet. Til slutt ønsker vi å undersøke teamets utviklingsmuligheter. Våre antakelser er at det er nyttig å jobbe tverrfaglig for å kunne hjelpe disse foreldrene på best mulig måte. Dette fordi spisevansker hos yngre barn kan være relatert til både medisinske, psykologiske og ernæringsmessige faktorer. Dette belyser en kompleksitet som krever at ulike faggrupper kommer sammen for å undersøke og behandle dette effektivt.

Teorier/forskning som kan benyttes er den biopsykososiale modell, som er en vanlig forståelsestilnærming i tverrfaglige spiseteam. Annen relevant litteratur for prosjekter angår foreldrearbeid, utviklingspsykologi og samarbeid i tverrfaglig team mer generelt, samt instruksjoner for gjennomføring av fokusgruppeintervju og tematisk analyse. Planen er å rekruttere til sammen syv deltakere med representanter fra hver av disse

yrkesgruppene: psykolog, lege, sykepleier/helsesykepleier, ernæringsfysiolog, samt logoped/spesialpedagog. Dette er personer som til daglig arbeider ved Spiseteam BUP-BUK. Plan for tidspunkt for gjennomføring av intervjuet er i februar 2022. Ingen pasienter vil bli intervjuet. Fokusgruppeintervju vil benyttes som forskningsdesign. Fokusgruppen skal møtes én gang til et intervju. Det vil settes av to timer til gruppeintervjuet, som vil bli tatt opp med lydopptaker og deretter transkribert. Analysemetoden som skal benyttes er tematisk analyse.

Vi håper at denne studien vil kunne fungere som en form for evaluering av tilbudet ved spiseteamet BUP-BUK, som videre kan benyttes til videreutvikling. Vi håper også informasjonen som fremkommer kan være nyttig når det skal opprettes nye tverrfaglige team. Dette kan gjøres ved å vise til eksempler på hvordan man kan samarbeide for å hjelpe foreldre på best mulig måte. Forhåpentligvis kan dette på sikt bidra til en enda bedre oppfølging av barn med spise- og ernæringsvansker og deres foreldre.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 23.11.2021. Henvendelsen ble behandlet av sekretariatet for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) på fullmakt.

REKs vurdering

Formålet er avgjørende for fremleggingsplikten for REK. Du beskriver i fremleggingsvurderingen at formålet er *å få økt kunnskap om og innsikt i hvordan helsepersonell jobber i tverrfaglig spiseteam for å hjelpe foreldre til barn med spisevansker.*

Komiteen mener at prosjektet har karakter av å være annen type forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning. Formålet med prosjektet er ikke primært å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, men heller undersøke hvordan ansatte i helsetjenesten jobber tverrfaglig opp mot en bestemt gruppe (foreldre til barn med spisevansker). Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Du kan gjennomføre og publisere prosjektet uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom du skal registrere personopplysninger, må prosjektet ha et selvstendig behandlingsgrunnlag, jf. personopplysningsloven. Behandlingsgrunnlaget må avklares med egen institusjon. Det vil også være din og institusjonens ansvar å sørge for at eventuelle publikasjoner ivaretar involvertes anonymitet, jf. det du skriver om mulig bakveisidentifisering.

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Dersom du gjør endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Du må da sende inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Konklusjon

Ikke fremleggingspliktig

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo

Sekretariatsleder, ph.d.

REK midt

Kopi til:

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Vedlegg D: Godkjenning av prosjekt fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vurdering

Referansenummer
123415

Type
Standard

Dato
21.12.2021

Prosjektittel

Hvordan hjelpe foreldre til barn med spisevansker? En kvalitativ analyse av tverrfaglig samarbeid i spiseteam

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for psykologi

Prosjektansvarlig

Siri Weider

Student

Karina Wenaas

Prosjektperiode

01.01.2022 - 01.01.2025

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Rettslig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.01.2030.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 21.12.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Prosjektet er vurdert av REK til å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde, og prosjektet kan dermed gjennomføres uten godkjenning fra REK.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger. Prosjektstutt er 01.01.2025, deretter vil opplysningene oppbevares av dokumentasjonshensyn frem til 01.01.2030.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

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

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personvertjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Lise A. Haveraaen

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg E: Godkjenning av prosjekt fra Barne- og ungdomsklinikken (BUK)

Protokoll aktiviteter med personopplysninger

Navn på systemet, registeret eller prosjektet	KA Walther - K Wenaas - A Gisnås - MASTER - Hvordan hjelpe foreldre til barn med spisevansker? En kvalitativ analyse av tverrfaglig samarbeid i spiseteam - 2022-2023 - REK utenfor mandat - Ikke FO
Klinikk	BARNE-OG UNGDOMSKLINIKKEN
Avdeling/enhet	Avdeling fag og forskning
Saksnummer Elements/ESA	2021/15622
Systemeier eller leder som har det daglige ansvaret for databehandlingen	KA Walther
Hvem har besluttet oppstart av databehandlingen?	Barne- og ungdomsklinikken
Hva gjelder behandlingen	Forskningsprosjekt/Kvalitetssikringsprosjekt
(Importert verdi: Formål med behandlingen)	
Formål med behandlingen	Forskning
(Importert verdi: Kategorier av registrerte)	
Kategori av registrerte	Ansatte
(Importert verdi: Kategorier av personopplysninger)	
Kategori av personopplysninger	Ansatteopplysninger (arbeidskontrakter, bilder eller film av ansatte, attester, CV, kompetanseinformasjon)
(Importert verdi: Hvor kommer personopplysningene fra?)	
Hvor kommer personopplysningene fra?	Ansatte
(Importert verdi: Kategori av mottakere)	
Kategori av mottakere	Offentlig virksomhet innenfor EØS
(Importert verdi: Behandlingsgrunnlag art 6)	
Behandlingsgrunnlag artikkel 6	Art. 6, nr. 1, bokstav a
Rettslig forpliktelse, berettighet interesse mv	
(Importert verdi: Behandlingsgrunnlag artikkel 9 eller 10)	
Behandlingsgrunnlag artikkel 9 eller 10	Art. 9, nr. 2, bokstav a
I hvilke av våre systemer behandles opplysningene?	Data lagres ved NTNU NICE 1
Planlagte tidsfrister for sletting	Des 2025
Generell beskrivelse av tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak	
(Importert verdi: Kan behandlingen innebære høy personvernrisiko?)	
Er det utarbeidet en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) av databehandlingen som skal skje?	Nei
Navn på eventuelle databehandlere	St. Olav/NTNU
Navn og kontaktopplysninger til felles behandlingsansvarlig	St. Olav/NTNU
Navn på tredjeland eller internasjonale organisasjoner som personopplysninger overføres til	
Nødvendige garantier ved overføring til tredjeland eller internasjonale organisasjoner	

Versjon: 5.0

Opprettet 21.12.2021 10:59 av Gravseth, Anne Sofie

Sist endret 24.01.2022 10:07 av Henning, Brita

Lukk

Vurdering prosjektsøknad

Prosjekttittel	Hvordan hjelpe foreldre til barn med spisevansker? En kvalitativ analyse av tverrfaglig arbeid i spiseteam.	
Kort tittel	Hvordan hjelpe foreldre til barn med spisevansker?	
Elements-nr	2021/15622-1	
REK-nr	384676	NSD-nr: 123415
Forskningsansvarlig	St. Olav/NTNU	
Prosjektleder BUK	Silja Kårstad BUP BUK (saksbehandler BUK på vegne av FOU: Brita Henning)	
Prosjektleder	Astrid Gisnås Karina Wenaas (veiledere: Siri Weider/Nina J. Laugen NTNU Psyk. Institutt)	
Prosjektperiode	Startdato: Jan 2022	Sluttdato: Des 2023
Datalagring	NTNU NICE 1	Dato sletting/anonymisering: Des 2025
DPIA	Nei	
Databehandler	St. Olav/NTNU	
Type prosjekt	<input checked="" type="checkbox"/> Forskningsprosjekt ? Uklart – utenfor REK`s mandat <input type="checkbox"/> AB-Andre behandlingsstudier (ikke legemiddel eller medisinsk utstyr) <input checked="" type="checkbox"/> FP-forskning uten intervensjon (alle andre studier enn behandlingsstudier) <input type="checkbox"/> LM-Legemiddelstudie <input type="checkbox"/> MU-Medisinsk utstyrsstudie <input checked="" type="checkbox"/> Kvalitetssikringsprosjekt (KP) Uklart	

Forskningsutvalget har vurdert prosjektet dato: 5. januar 2022

Vurdering:

Prosjektet anses å være av stor interesse for barn med spisevansker og deres pårørende og helsetjenesten.

Vi anser at prosjektet kan gjennomføres innenfor de rammer som er beskrevet på en forsvarlig måte.

Det foreligger de nødvendige godkjenninger/vurderinger fra NSD og REK.

Det er gjort en vurdering av de personvernmessige forhold av PVO. Studien har en akseptabel risikoprofil og det er skissert akseptable tiltak for å minske risikoen for deltakernes personvernsrettigheter.

Viktige momenter ved gjennomføring av prosjektet:

1. Vi ber om at prosjektleder gjør seg kjent med BUKs prosedyre som beskriver den formelle behandlingen av prosjekter på BUK og hvor det er lenker til nyttig informasjon: [EQS 33377 Barn - Forskningsutvalget BUK - registrering av nytt prosjekt.](#)
2. Ved aktualisering av pasientjournaler skal Elements-nr oppgis i journaler.
3. Som prosjektleder er du ansvarlig for at studien gjennomføres på en trygg måte, herunder å
 - lære opp alle prosjektmedarbeidere og informere om studien ved på aktuelle avdelinger
 - etablere rutiner for håndtering av avvik i forhold til personvern og medisinske forhold. Disse skal gjøres kjente for alle prosjektmedarbeidere
 - melde avvik og uventede hendelser til forskningsansvarlig og til forskningsutvalget

4. Erfaringsmessig endres mange prosjekter over tid og klinikkssjef er pliktig å holde oversikten. Husk derfor å informere forskningsutvalget forskningsutvalget.buk@stolav.no merket med prosjektets Elements-nr om alle endringer, f.eks.
 - ved innsending av endringsmelding til REK eller andre godkjenninginstanser – legg ved endringsmeldingen og godkjenningen
 - ved forlengelse av prosjektperioden og eventuelt forlengelse av periode for dataoppbevaring
 - hvis data fra studien skal deles med andre enn det som var planlagt opprinnelig
 - sluttmelding skal alltid sendes
5. Vedlagt ser du hva som er registrert om prosjektet i sykehusets sentrale «Protokoll over personopplysninger» (jfr EQS 39308). Hvis du ser mangler, feil eller forhold i protokoll nå, eller endringer som vil oppstå framover i tid, vennligst gi beskjed.

Lykke til med prosjektet!

Dato: 24. jan 2022

Signatur:



Brita Henning, saksbehandler/sekretær FOU BUK

