

MASTEROPPGAVE

Tittel: Hvilke faktorer påvirker samarbeidet rundt ungdommer i overgangene mellom psykologenes Sykehusets Barne og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) og sykehusets og Voksenpsykiatriske poliklinikk (VOP)

Ditt navn: Birgit Charlotte Rød

Dato: 09.05.2018

Studienavn: HSTFS40512

Avdelingsnavn: Avdeling for Helse og Velferdsfag



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Abstract	4
Forord.....	5
Kapittel 1. Innledning og bakgrunn for valg av tema	6
Psykologenes rolle som behandlere.....	7
Kunnskapsgrunnlaget.....	8
Oppgavens hensikt og problemstilling	9
Pasientens behandlingsforløp i BUP og VOP.....	10
Psykologer møter psykologer	13
Masteravhandlingens oppbygging	14
Kapittel 2. Teoretiske perspektiver	17
Kunnskapssosiologiske faktorer	17
Jurisdiksjon og maktkamp	18
Samarbeid sett i lys av relasjon, organisasjon og system.	20
Uregjerlige problemer og kompleksitet i velferdsstaten.	22
Kapittel 3. Oppgavens metode og datainnsamling	25
Kvalitativ forskning og datainnsamling	25
Forskningsdesign	25
Kvalitative intervjuer som metode.....	27
Etiske vurderinger	28
Intervjuguiden, gjennomføring av intervjuene	28
Koding.....	30
Reliabilitet og validitet.....	31
Kapittel 4. Analyse.....	32
De systemiske determinantenes betydning for samarbeidet mellom BUP og VOP.	32
Relasjonelle determinanternes betydning for samarbeidet i overgangene.	34
Organisatoriske determinanter som påvirker samarbeidet rundt ungdommene.	37
Alle psykologene har gode historier om suksesskriterier som fremmer samarbeid i overgangene for å hjelpe de unge.	40
Kapittel 5. Drøfting og valg av drøftingstemaer	46
Interne skiller som påvirker samarbeid rundt de unge.....	47

Motstridende behov i overgangene mellom BUP og VOP	50
Økonomi og Public Management.....	52
Samhandling og relasjon	53
Kapittel 6. Konklusjon.....	56
Likheter med tidligere forskning	57
Videre forskning.	58
Referanser	59

Sammendrag

«Denne masteroppgaven handler om samarbeid mellom psykologer som er involvert i ungdommers overgang fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) til Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP). Rapporten *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. November 2012*, Trondheim 2012, beskriver at mange ungdommer ikke får den hjelp de har behov for. Mine egne erfaringer og interesse for feltet fikk meg til å velge å se på årsaker som kan hemme og fremme samarbeidet rundt ungdom som er i behov av behandling. Planen med avhandlingen er å gå i dybden på hva som virkelig skal til for å bedre samhandlingen mellom psykologer ved BUP (Barne og ungdomspsykiatriske poliklinikk ved sykehuset) og VOP (Voksenpsykiatrisk poliklinikk ved sykehuset) som alle har en oppgave i å sikre kontinuerlig hjelp til ungdom som har behov for psykiatrisk behandling.

Ulike elementer spiller inn i psykologenes hverdag som deres spesialiserte utdanning, designede verktøy og kvalifiseringssystemer profesjonelle bruker for å stille diagnoser og gi behandling. Noen profesjoner har etter godkjent opplæring og praksis lov til å utføre en type arbeid, oppgaver eller jurisdiksjon eller et legalitetsgrunnlag. Jurisdiksjon krever lojalitet til faget jamfør de prinsipper som ligger til grunn i utførelsen av arbeidet. I noen tilfeller er profesjonenes oppgaver mange og ettertraktede. Ulike måter å vurdere problemer på og finne løsninger for oppgavene har gjennom historien skapt maktkamper og strider om jurisdiksjon. Jurisdiksjon kan også skape maktkamper og forsvar av eget faglige område.

Når problemstillingen var klar stilte jeg noen grunnleggende spørsmål og antagelser. Det er viktig at all data jeg samler inn er relevant, gjenspeiler virkeligheten og er pålitelig.

Kvalitativ forskning er problemorientert empirisme og har i all hovedsak utgangspunkt i problemer som er viktige for samfunnet å finne løsninger på. For å kunne gå i dybden etter søken på ny kunnskap intervjuet jeg fem psykologer med erfaring både fra BUP og VOP. Som metode bruker jeg kvalitative intervjuer i semistrukturert form.

Funnene i datainnsamlingen avdekker et sprikende lovverk, ulikheter i avdelingenes mandat og kultur. Diskrepansen mellom utdanning og fag på den ene siden og arbeidsplassens forventninger er motstridende og fører til usikkerhet og famling. Mangelen på faste felles møteplasser forsterker usikkerheten hos psykologene og markerer avstanden og forskjellene mellom de to avdelingene. Forskjellene sees i form av jurisdiksjon og forsvar av eget revir. Styringsdokumentene er vage og gir råd men få eller ingen gir pålegg om samarbeid. Ungdommen blir sårbar med et lite tilgjengelig hjelpeapparat.

Abstract

This thesis is focused on the collaboration between psychologist I the hospitals polyclinic for young people (BUP) and hospitals polyclinic for adults. The purpose with this work is to identify what could promote collaboration and interaction to ensure a flow for young patients through the psychological treatment. I have by my self-seen good and not so good collaboration during my working in the hospital system. There are several documents who claims that young people do not receive necessary treatment after they have reached the age of majority. I needed to study the different aspects around collaboration and theory about collaboration and what determinants who could inhibit collaboration between the two polyclinics.

San Martin Rodriguez (San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005a) and Abbott (Abbott, 1988) has both written about promotion and inhabitation in organisations.

By illuminating San Martin Rodriguez determinants who affects the interaction between the professionals I will try to search for new or not well-known knowledge about how to managing collaborate. San Martin identified some determinants who affects collaboration, this is his determinants: the systemic determinants, the social system, then cultural system, the professional system, the educational system as a platform for my theoretical understanding. Andrew Abbott has been studying the history and the everyday life of professions and identified the importance of jurisdiction. Using their understanding as a tool for my analysis of this thesis I will might archive some new knowledge about how the determinants mentioned above affects profession violation.

Forord.

Jeg vil takke deltagerne i studien for at de stilte opp og kom med nyttige innspill. Jeg opplevde dere som åpne og ærlige, summen av deres svar har gitt meg ny kunnskap slik at jeg har kunnet skrive denne oppgaven.

Tusen takk til mine ledere gjennom fire år som student som har bidratt gjennom tilrettelegging, støtte og forståelse mer enn man kan forvente som masterstudent slik at opplevelsen med å gjøre dette har føltes som nyttig for flere enn meg selv.

Det ville ikke vært mulig å skrive denne oppgaven uten min dyktige og inspirerende veileder Hanna Marie Ihlebæk. Hun har lest tekst og kommet med raske tilbakemeldinger under hele prosessen. Tilbakemeldingene har vært konkrete, nyttige og derfor en trygghetsfaktor for meg under skrivingen.

Det tar mye tid og energi å komme frem til å starte på og ikke minst for å gjennomføre og skrive en masteroppgave. Det hadde ikke vært mulig å få til dette uten støtte fra de som har bodd sammen med meg under studiet og oppgaveskrivingen min. Familien min Cato, Wilhelm og min personlige IKT servicemann, Simon, tusen takk for all støtte og hjelp. Bente og Ingvild dere er noen supre venninner som har pushet og støttet meg hele veien, dere har lest oppgaven og kommet med nyttige innspill, verdens beste heia gjeng. Tusen takk til dere alle.

At denne oppgaven ble mulig å legge inn i en perm og leses er takket være alle deres bidrag.

God lesing!

Birgit Rød

Sarpsborg 11.05.2018.

Kapittel 1. Innledning og bakgrunn for valg av tema

Barn som sliter psykisk kan fanges opp forsøkes hjulpet av foreldre, ansatte i barnehage eller skoler og fastlegen. «Denne masteroppgaven handler om samarbeid mellom psykologer som er involvert i ungdommers overgang fra Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) til Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP). Jeg kjenner feltet som tidligere ansatt ved sosialtjenesten, barneverntjenesten, som leder for kommunalt ambulant team og erfaring fra spesialisthelsetjenesten i form av å lede oppsøkende psykose-team (ACT/Assertive Community treatment team) og som seksjonsleder ved Psykiatrisk poliklinikk.

De som henviser barnet til en hjelpeinstans må samarbeide med foreldre og det kreves samtykke for henvisning. Ofte går det en henvendelse til Praktisk Pedagogisk Tjeneste (PPT) som har spesiell kunnskap om hvordan barns oppvekst og læring henger sammen. De kan hjelpe til med koordinering av tjenester eller tiltak rundt et barn/ungdom med mål om å støtte barnet til å mestre sin hverdag på skolen og på fritiden. De formidler kunnskap om konsekvenser ved nedsatt funksjonsevne eller andre elementer som gir vansker i de unges liv og er til hinder for læring og vekst.

Dersom det er mistanke om forhold i hjemmet som er til hinder for å gi barnet gode vilkår vil skole eller PPT henvide til barneverntjenesten som undersøker saken videre sammen med familien. Skulle det avdekkes forhold som foresatte, skole, PPT eller barneverntjenesten tenker kan skyldes mer alvorlige utfordringer som må utredes eller behandles kan de sende henvisning ved hjelp av fastlegen til sykehuset/spesialisthelsetjenesten.

Sykehuset/spesialisthelsetjenesten har egen avdeling for barn og unge hvor barn og deres familie kan få hjelp ved behov, Barne og ungdomspsykiatrisk avdeling. De kan få tilbud ved

a) en sengepost/avdeling hvor de unge og i noen tilfeller deres familier kan være innlagt i en sykehusavdeling,

b) ved en dagpoliklinikk hvor de unge og deres familie kommer til timeavtaler slik som f.eks hos lege eller tannlege. (Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk /BUP).

Ungdom som har fylt 18 år og sliter med psykiske vansker eller lidelser kan søke hjelp i kommunens psykiatritjeneste som har ulike tilbud for å hjelpe til på vei mot bedring og mestring av vanskene. I Kommunene ytes hjelpen i form av samtaler med psykolog, psykiatriske sykepleiere eller andre med tilsvarende kompetanse. Kommunene tilbyr ulike kurs for å lære seg å leve med eller redusere plager fra angst, depresjon og ulike former for avhengighet. Dersom de kommunale tilbudene ikke er tilstrekkelige kan legen henvide til sykehuset/spesialisthelsetjenesten. Her er det mulig å få hjelp

a) ved innleggelse i sengepost eller ved

b) voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Sykehusene i Norge er organisert slik at noen tilbud er veldig spesialisert og sentrert på større sykehus, som i all hovedsak er spesialisert på somatiske eller psykiske lidelser. De store sykehusene har spesialiserte psykiatriske avdelinger som for eksempel seksjon for sikkerhetspsykiatri og seksjon for akutt psykiatri. De allmennpsykiatriske behandlingstilbudene er organisert under Distriktskykiatriske sentere/DPS. Her kan man få tilbud om behandling ved innleggelse i sengepost, behandling på poliklinikk i form av individualterapi eller gruppeterapi og kontakt med oppsøkende team som ambulans akutteam eller psykoseteam (ACT). Det er altså de aller mest sårbare barna og ungdommene som behandles i BUP og som vurderes overført til VOP. Psykologene spiller en sentral rolle i å gjøre denne overgangen så god som mulig.

Psykologene spiller en sentral rolle i å gjøre denne overgangen så god som mulig. Den plutselige overgangen fra utredning og behandling i BUP systemet til å bli en selvstendig voksen i VOP systemet oppleves av flere som en stor omveltning og en tidels utfordrende overgang. (Ose, Silje, & Ivar, 2012) Antall unge som mottar sosialhjelp eller uførestønning har økt de siste årene. Flere av de unge i denne gruppen er ungdom med historie som barnevernsbarn. Ungdommene sliter ofte med flere ting samtidig og kan trenge hjelp fra flere tjenester på en og samme tid. (Vabo & Vabø, 2014)

Psykologenes rolle som behandlere

Det er samhandlingen mellom psykologer i Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) denne oppgaven konsentrerer meg om. Psykologene spiller en sentral rolle i behandlingen av ungdommer ved BUP og VOP og er en dominerende profesjon i de ovennevnte poliklinikkene og da naturlig ved overgangen fra behandling i barnedelen til behandling i voksendelen.

Psykologene er som regel de som får henvist ungdommen når andre tiltak ikke har ført frem til ønsket endring, jeg vil beskrive litt om psykologenes rammer og muligheter for å hjelpe til med komplekse og til dels uregjerlige problemer.

Psykologenes rolle er å utrede pasienten og gi behandling til pasienten. Psykologene møter pasientens nettverk og gir informasjon eller opplæring med mål om samarbeid for utvikling hos ungdommen. Psykologene spiller en viktig rolle og målet er oppnå en sømløs, smidig og trygg overgang for ungdommene når de fyller 18 år. Flere overordnede dokumenter er førende for dette arbeidet, noen dokumenter er mer sentrale enn andre og her kan jeg nevne: Samordning i helse og sosialtjenesten (Jensen, 1986) Barne og ungdomsvernet (*Om barne- og ungdomsvernet*, 2002) kom det nedfelt i ulike lover som bla : lov om sosiale tjenester (Kjellevold, 2012)lov om spesialisthelsetjenesten (*Lov om spesialisthelsetjenester*, 1997) lov om helsepersonell (Norge Sosial- og & Norge Kirke, 2001)lov om gjennomføring av psykisk helsevern (*Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern : (psykiatriloven)*, 1998)lov om barneverntjenester (1992). Prioriteringsveileder for spesialisthelsetjenesten(Nygaard & Kårikstad, 2008). Det betyr i praksis at ungdommen skal

utredes etter diagnostiske retningslinjer for utredning og behandling av voksne. Rett til behandling åpner for fritt behandlingsvalg det vil si at pasienter har full rett til selv å velge om de vil til behandling og ved hvilket sykehus de eventuelt vil motta behandling. (*Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten*, 2012)

For ungdommene, deres pårørende og nettverk, beskrives det at overganger mellom behandlingstilbudene ikke er selvfølgelige og at tilbudene ikke alltid oppleves å henge sammen. Ungdommene kan lett falle ut av behandlingssystemet i overgangen fra en behandlingssenhet til en annen (Ose et al., 2012).

Kunnskapsgrunnlaget

Ulike forskere har beskrevet at overganger i hjelpeapparatet er utfordrende når pasientene skrives ut fra en avdeling for eksempel i sykehuset og ikke får de tilbudene de behøver videre for å komme i gang med sin behandling eller rehabilitering. Rapporten *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. November 2012*, Trondheim 2012. (Ose, 2012) Rapporten beskriver at ca. 50% av pasientene har behov for poliklinisk behandling etter utskrivelse. Videre har ca. 40 % behov for tjenester fra kommunen eller andre aktører i nærmiljøet. Med utgangspunkt i denne rapporten har jeg hovedfokus på ordinære pasientløp hos psykologer ved utskrivelse fra BUP til VOP og samarbeid i overgangsperioden. Rapporten til Solveig Osborg Ose (Ose et al., 2012) konkluderer med at det er mange som ikke får den hjelp de har behov for i helsetjenestene . Videre påpekes det mangel av egnede arbeids og botiltak i kommunene. Fastlegene har begrensede muligheter i sin kontekst til å hjelpe pasienten med de ulike problemene Solveig Osborg Ose og Ivar Pettersen avdekker. Spesialisthelsetjenestens ansatte og deres kunnskap om hvordan «livet leves» der ute er begrenset og fokus på å etablere tilbud i god nok tid før utskrivelse kan være essensielt for å lykkes med behandlingen. Målgruppen beskrevet over får grunnet sin kompleksitet begrenset kapasitet til å gjennomføre poliklinisk psykoterapi når andre basale elementer som bolig og trygghet er fraværende. De velger derfor å ikke å delta i egen psykoterapi og møter ofte ikke til timene i poliklinikk. Kommunene sliter med å gi målgruppen tilstrekkelig hjelp grunnet mangel av egnede tilbud, manglende kunnskap og få ressurser. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten trenger støtte og hjelp av hverandre til å gi helhetlige tilbud. (Ose et al., 2012)

Breimo med flere har produsert artikkelen: Trøblete overganger i et aldersdelt hjelpeapparat (Breimo, Sandvin, & Thommesen, 2015) Artikkelen handler om unges mennesker overgang og støtte i et behandlingsapparat for barn til et behandlingsapparat for voksne. Forsking viser at ungdom som er tilknyttet omsorgs og behandlingssystemer ofte er lite forberedt på hva som venter de på den andre siden av hjelpeapparatet når de oppnår myndighetsalder. De strukturelle barrierene og skiftet fra en mer omsorgs basert tilnærming til rettigheter, pikter og krav er omveltende og krevende for ungdommen. I USA og England har hjelpeapparatet

begynt å fokusere på slike overganger. USA definerer overgangene med begrepet; Independent living og i -England Leaving Care. (Breimo et al., 2015)

Men dette kan jo ifølge Breimo være et slikt tilbud som ungdom trenger for hjelp med psykiske vansker, åpent, tilgjengelig og fritt for krav. Det beskrives av Breimo at ungdommen er i limbo, altså mellom noe. Der ungdommen havner i mellom to lovverk og hvor kompetansen ikke strekker til for å få til mer suksessfulle overganger. Et fraværende foreldreskap fra statens og styringsmaktens sides beskrives her da ungdommene på grunn av alder ikke har rettigheter eller noen å støtte seg til da dørene lukkes grunnet alder, lovverk og mandat.

Lisbeth Kvarme (Kvarme, 2017) oppsummerer sentrale faktorer som fører til at barn og unge faller ut av utdanningssystemene og vektlegger: skoleskulk, skolefobi, skoleangst, skolenekting, og skolevegring. Ungdommene som her beskrives sliter ofte i tillegg med sammensatt problematikk som trekk av alvorlig personlighetsforstyrrelse, depresjon, angst og samt store utfordringer i det sosiale livet ellers. Mange av ungdommene er i for tett bekjentskap med og bruker for mye illegale narkotiske stoffer. (Breimo et al., 2015) Overganger i behandlingsapparatet er områder hvor vi vet at problemene ikke er enkle (tamme) men kompliserte (uregjerlige)(Willumsen, 2009). Med andre ord omhandler gruppen de mest sårbare ungdommene som i overganger har begrensede forutsetninger til å ivareta sitt eget liv.

Myklebust med flere belyser hvor sårbar ungdom med psykososiale problemer er når de skal ut i voksenverden.(Langøy, Rune, & Jon Olav, 2016) Kunnskapsoversikten utført av Myklebust oppsummerer mangel av forskningsbasert informasjon i forhold til målgruppen; unge med psykiske lidelser. Videre finnes det lite forskning eller studier som vurderer konsekvensene av manglende samarbeid rundt ungdom med behov for bistand fra det offentlige. Samarbeidsmodeller tjenestene kan utvikle/implementere er likeså svakt dokumentert.(Fossum, Vis, Rustad, Lauritzen, & Ottosen, 2015) Ose viser i bla i sin rapport at mange sliter med å få den kontinuerlige behandlingen de trenger.(Ose et al., 2012) I rapporten vises det til kommunene men jeg har ingen grunn til å tro at det vil være noe annerledes mellom spesialisthelsetjenester og jeg vil se nærmere på problemstillingen om sårbare overganger i spesialisthelsetjenesten.

Med utgangspunkt i ovennevnte rapporter har jeg analysert/drøftet faktorer som kan være årsaker til at pasienter ikke får hjelp med de områdene i livet hvor de trenger hjelp til å endre/rehabiliterer.

Oppgavens hensikt og problemstilling

I denne oppgaven undersøker jeg om det kan finnes gjemt eller usett kunnskap om hva som kan fremme og hemme samarbeid i et løp der bare pasienten er tilstede hele tiden.

Problemstillingen: Hvilke faktorer påvirker samarbeidet rundt ungdommer i overgangene

mellom psykologenes Sykehusets Barne og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) og sykehusets og voksenpsykiatriske poliklinikk (VOP) jeg har til hensikt å skaffe dybdekunnskap om dette temaet.

Temaene ide ulike artiklene og rapportene og utgivelser ved Forandringsfabrikkens Kunnskapssenter har gitt meg tanker om at det må være noen faktorer som påvirker arbeidet til de som møter ungdommene det her er snakk om. Forandringsfabrikkens utgivelser er fritt for analyser eller tolkninger fra voksne.

4500 barn og unge fra hele Norge har siden 2008 møtt Forandringsfabrikken og svart på intervjuer eller fortalt sin historie til ungdommer som selv arbeider i Forandringsfabrikken. Forandringsfabrikken benytter seg av en egenutviklet metode og terminologi; Forandringsmetodikken. Denne metodikken er basert på elementer fra Participatory Learning and Action (PLA). Metodikken er deres verktøy i samtale med barn og ungdommer for å komme frem til barn og unges kunnskap.

Boken fra Forandringsfabrikken jeg her referer til heter: Barnevernet fra oss som kjenner det. Fortellinger fra 62 ungdommer. Deres møte med Norsk Barnevern. (Sanner & Forandringsfabrikken, 2017) Historiene i boken omhandler hva som har vært hemmende og lite nyttig og hva har vært fremmende og nyttig for ungdommene i kontakten med barnevernet. Felles for mange av ungdommene i boken er tidlige erfaringer i livet som medfører vansker med å gjennomføre for eksempel skole og behandling. Oppveksten har gitt de lite rom for utvikling av god sosial kompetanse og emosjonelle problemer. Dette medfører at de ofte ikke klarer å være i relasjon til et eller flere individer. Gruppen er nødvendigvis ikke alle plassert hos barnevernet eller har psykiske lidelser men de deler noen like smerteuttrykk. Uttrykkene hos ungdommene kan samles og oppsummeres, de vises i form at mange av ungdommene har vansker med å komme seg videre uten tillitspersoner i nettverket. (Ose et al., 2012)

Velferds Norge er mangefasettert og kan oppleves uoversiktlig jeg gi derfor innledningsvis en enkel skisse over hvordan hjelpeapparatet er organisert og deres oppgave fordeling når det gjelder psykisk lidelse.

Pasientens behandlingsforløp i BUP og VOP.

Det er legen som må henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten dersom pasienten ikke har tilgang på autorisert psykolog. For å vite hvilke profesjoner som skal engasjeres må pasienten kartlegges. Hvor pasienten får tilbud kan kobles opp mot den bestilling som er gitt fra fastlegen i henvisningen. Ose Solveig Osborg og Pettersen Ivar: *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. November 2012, Baseline for samhandlingsreformen.* Trondheim 2012. viser sin rapport at de aller fleste som får tilbud om eller tvinges til opphold i psykiatrisk behandling blir henvist fra en lege.

I spesialisthelsetjenesten må inntaksteamet ved BUP eller VOP foreta et bevisst valg eller vurdering på hvilke tilstander som må vente/avvises og hvilke tilstander som skal få rask hjelp eller behandling. Videre må inntaksteamet gi et anslag som tilsier omfang og omtrentlig varighet av behandlingen og tidsfrist for oppstart av utredning eller behandling. For å gi best mulig lik behandling og vurdering av henvisningene må de følge Prioriteringsveilederen som er en retningslinje bygd opp i tråd med verdiene i norsk helsetjeneste. Verdiene bygger på anbefalinger nedsatt av Lønning – 2 utvalget (Lønning & Norge, 1997). Utvalget påpekte tre sentrale forhold i prioriteringssammenheng: Tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og et rimelig forhold mellom tiltakets kostnader og tiltakets effekt. I år 1999 ble anbefalingene fra Lønning -2-utvalget implementert i lov om pasientrettigheter og senere i år 2000 i prioriteringsforskriften.

Den nasjonale faglige retningslinjen gir grunnlag for lik vurdering og en sikring om at rettighetene oppfylles uavhengig av bosted og sykdom eller tilstand. Det bemerkes at lokale forhold og lokale tilbud kan gi ulik hjelp i forhold til ulike tilstander.

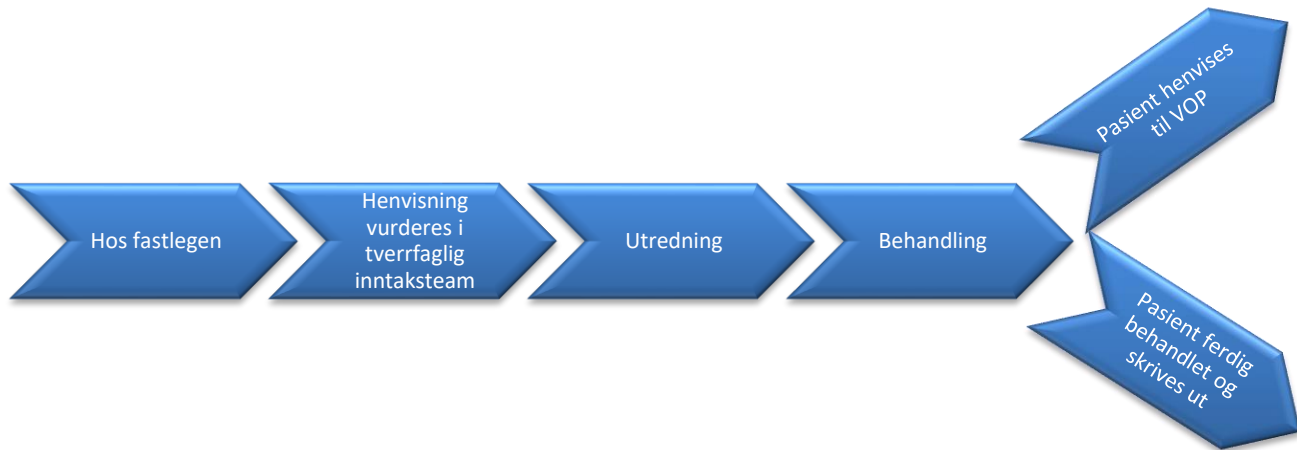
Prioriteringsveilederen påpeker at behandlingen må rettes både mot ungdommen og mot miljøet rundt ungdommen. Når pasienten er tatt inn til behandling i spesialisthelsetjenesten skal arbeidet rettet mot pasienten fokusere på et bio/psyko/sosialt/pedagogisk perspektiv.

Fastlegen er første profesjon i pasientens behandlingsforløp og som ut fra sin utdanning har en forståelse av hva som finnes av kunnskap og sykdom. Legen vurderer ved konsultasjon med pasienten om problemet er en oppgave for spesialisthelsetjenesten og henviser til rett del av spesialisthelsetjenesten. Legen diagnostiserer ut i fra sin juridiksjon altså sin suverenitet på en mistanke om eller rent patologisk grunnlag slik at mottager eller inntaksteam kan se hva som forventes løst. Det er ikke pålagt å drøfte henvisninger med spesialisthelsetjenesten før de sendes. Henvisninger sendes derfor fra fastlegen i post eller som elektronisk post.

Inntaksteam ved spesialisthelsetjenesten er neste instans for henvisningen. Inntaksteamet må ha minimum et stykk legespesialist som medisinskfaglig ansvarlig ved vurdering for inntak i spesialisthelsetjenesten.

I etablerte tverrprofesjonelle inntaksteam deltar fortrinnsvis legespesialist, psykologspesialist, sykepleier, vernepleier og sosionom. Her er det mulighet for samarbeid på eget nivå vedr mottatt henvisning. I praksis vil det si at en profesjon som sitter i inntaksteam skal med bakgrunn i sin profesjon, sine kunnskaper om hva som eksisterer av tilbud, lovverk og forskrifter vurdere søknaden. Det forutsettes at det finnes et spekter av muligheter for pasienten for å kunne vurdere ulike tilbud. Inntaksteam kan innhente flere opplysninger fra samarbeidspartnere for å kunne fatte bedre beslutninger vedrørende en henvisning. Bukve og Kvåle beskriver i sin bok at alle ledd i et pasientløp har store forbedringspotensialer på dette området. (Bukve & Kvåle, 2014)

Ved BUP kan et behandlingsforløp se lik ut: figur 1



Ved VOP er listen over de involverte noe tynnere og ansvaret ligger i større grad hos pasienten: figur 2



Overordnede forskrifter og veiledere skal stimulere til samhandling.

Samhandling eller samarbeid er lovhjemlet blant annet i samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) men jeg leser at det allikevel er utfordrende å få til samhandling ved overgang fra barn til voksen i behandlingsapparatet. Et verktøy for å sette samarbeid i en struktur rundt en ungdom er en Individuell Plan (IP). Hensikten er å forankre samarbeidet i et felles dokument der de ulike samarbeidspartene kan delta som partnere med mål om å hjelpe ungdommen. Hovedelementene i en IP er å sette pasienten og hans mål i fokus, dermed er det pasientens helhetlige situasjon som gir grunnlaget for de «deltjenester» som skal gis. Pasientens kompleksitet angir behovet for hvem som skal involveres, deres rolle i pasientens rehabilitering og hva de kan bidra med.

På tross av ulike oppdragsdokument og veiledere viser flere undersøkelser at det ikke er tilstrekkelig godt nok samarbeid i den norske helse og sosialtjenesten på tvers av fag og forvaltningsnivåer.(Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helsedirektoratet, 2014)

En annen veileder: IS1570 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, påpeker at samarbeid er nødvendig men nevner ingen konkrete forslag på samarbeidsform eller modell. (IS1570 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, 2008)

Dokumentet IS 1388 veileder for Psykisk helsevern for voksne, Distrikts psykiatriske sentre, beskriver behov for samarbeid med ulike deler av det øvrige tjenesteapparatet men har ingen klare føringer eller anbefalinger for hvordan best å samarbeide eller i hvilket omfang(Sosial - Og, Larsen, & Bjørneboe, 2009a, 2009b)

IP er et verktøy som kan benyttes til å oppnå best mulig plan for behandlingen på alle nivåer. Individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, Helse og omsorgsdepartementet 2011) sikrer, dersom den brukes rett, at alle parter er og blir kjent med pasientens behov og ulike tiltak. I en ansvarsgruppe hvor alle deltagere er aktive og arbeidet preges av handling kan gode prosesser iverksettes. Elisabeth Willumsen skriver i sin bok(Willumsen, 2009) om ulike former for samarbeid i grupper og i team. Koordinering av Individuell plan er hjemlet i kommunenes lovverk men spesialisthelsetjenesten har plikt til å iverksette og varsle kommunen dersom de har pasienter med behov for og rett til individuell plan.

En annen veileder IS1570 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. (IS1570 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, 2008)

Dokumentet IS 1388 veileder for Psykisk helsevern for voksne, distrikts psykiatriske sentre.(Sosial - Og et al., 2009a)

Ovennevnte ledende dokumenter og lover gir føringer for holdninger og muligheter til myndiggjørende samarbeid, flere metodiske veiledere og retningslinjer er i etterkant av opptrappingsplanen utviklet, som for eksempel Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser(*Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten*, 2012; Helsedirektoratet, 2012) Utgitt: 03/2012 Publikasjonsnummer: IS-1948. Målgruppen det her fokuseres på har sammensatte behov og det fordrer at alle parter erkjenner et ansvar slik at samhandling kan finne rom. Bidragsyttere i pasientforløpet har ulike profesjoner og arbeider ulikt. Ved å øke kunnskapen om hverandres rammer legges det i økt grad til rette for et godt samarbeid.

Psykologer møter psykologer

Denne oppgaven berører ikke selve sykdommen/lidelsen/ diagnosen eller redegjør for «beste praksis/behandling». Økonomiske spørsmål og lovverk vedr tvunget psykisk helsevern er ikke berørt. Masteroppgaven her beskriver min søken etter viten om hvordan mulighetene for

samarbeid rundt målgruppen ser ut for psykologene i spesialisthelsetjenesten. Jeg har valgt psykologer fordi det er den største profesjonsgruppen ved BUP og VOP. Fokuset vil settes på om det er individene som ikke får til samhandling eller om det er organisasjonen og dens strukturer og krav som kan hemme samarbeid. Med fokus på samhandling rundt overganger har jeg en hypotese om at ulike rammeverk som lover, veiledere, arbeidsplassens kultur og jurisdiksjon er med å forme profesjonsutøverens valg. På den ene siden deres faglige ståsted, jurisdiksjon og lojalitet til faget. På den andre siden arbeidsplassens krav til produktivitet, rammer for utførelse av arbeidet og arbeidsmengde.

For å få til dette skal jeg beskrive faktorer som kan fremme og hemme behandlingsprosessen og forståelsen av pasienten og hans behov. Her vil jeg forsøke å beskrive psykologenes virke i organisasjonens rammer. Psykologene arbeider i organisasjoner med ulike mål, vissheten om dette er sentralt å ha med seg for å kunne se årsaker til at to personer med samme profesjon ikke tenker likt om samme sak. Pasientene må via sin fastlege eller annen spesialist henvises til spesialisthelsetjenesten. Grunnlaget for behandling i klinikk for psykisk helsevern skal vurderes etter bestemte kriterier hjemlet i lov om pasientrettigheter og forskrift om prioritering av helsetjenester. ("Prioritering, psykisk helsevern," 2008)

Brukerperspektivet og forventninger fra pårørende berøres ikke i denne sammenheng.

Spesialistens faglige forståelse og vurdering skal i tråd med prioriteringsveilederen legges til grunn for vurdering om rett til behandling. Vurderingen skal inneha forslag til behandling og evt hvor pasienten kan få tilbud. Det skal vurderes om kostnadene ved å gi hjelpen står i forhold til nytten personen har av hjelpen. Henvisninger kan etter slik vurdering bli imøtekommet, avvist eller satt på venteliste ut fra ovennevnte kriterier. ("Prioritering, psykisk helsevern," 2008)

Rapporten til Ose(Ose et al., 2012) oppsummerer at arbeid/aktivitet er en sentral faktor hvor det fremkommer liten sannsynlighet for hjelp til pasienten ved utskrivelse. Det beskrives at det er stor sannsynlighet at pasienten vil få hjelp til poliklinisk behandling ved DPS, støttesamtaler i kommunen og økonomisk hjelp fra NAV. Tildeling av slik hjelp forutsetter at pasienten har rett til og ønsker om å benytte nevnte tilbud. Det påpekes videre at pasientene det her skrives om ikke får rett eller nødvendig tilbud ut i fra behandlers vurdering. (Nødvendigvis ikke pasientens eget behov).

Masteravhandlingens oppbygging

Dette avsnittet handler om hvordan denne avhandlingen er strukturert. Avhandlingen består av 6 kapitler. I dette inneledende kapitlet har jeg gitt leseren en innføring i bakgrunn for valg av tema en orientering om organisering og ansvarsfordeling i hjelpeapparatet rundt ungdommene.

I kapittel 2 vil jeg ta for meg det teoretiske rammeverket. I dette kapitlet fremkommer sentrale analytiske begreper knyttet til samarbeid, psykologenes handlingsrom, deres

tilknytning til faget og fagets profesjonsetiske retningslinjer. Psykologenes arbeidsplasser er regulert av lover og forskrifter som det er viktig å hensyn ta når vi drøfter deres muligheter for interaksjon med andre psykologer eller representanter som også gir ungdom behandling eller tjenester. Jeg vil introdusere teori knyttet til at arbeidsplasser har egen kultur og formelle og uformelle maktkamper som utspiller seg i det uformelle rom.

I kapittel 3 presenteres metodisk tilnærming og vurderinger. Dette belyses i introduksjon av forskningsmetode, intervju teknikk og hvordan jeg har kodet eller sortert de samlede data eller funnene. Deretter følger presentasjon av funn i kapittel 4. Funnene vil drøftes opp mot det teoretiske rammeverket i kapittel 5 før oppgaven avsluttes med en oppsummerende konklusjon i kapittel 6.

Ulike dokumenter om samhandling som er psykologene må forholde seg til i det direkte arbeidet med pasientene

Psykologene er først og fremst utøvere av psykologi faget men må i arbeidet forholde seg til styringsmaktens overordnede faglige og administrative direktiver. Psykologene har en plikt til å forholde seg til pasientenes rettigheter som blant annet kan bety at pasienten ønsker å utarbeide en plan for egen utvikling og fremtid. Gjennom politisk press og styringsmaktenes pålegg er det utformet og implementert egne veiledere for arbeid med mennesker, for eksempel veileder for behandling av personer med samtidig rusproblemer og psykisk lidelse. Her er eksempler på noen sentrale dokumenter:

Behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser
Utgitt: 03/2012 Publikasjonsnummer: IS-1948. (Helsedirektoratet, 2012)

IS1570 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. (IS1570 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, 2008)

IS 1388 Veileder for Psykisk helsevern for voksne, distrikts psykiatriske sentre.(Sosial - Og et al., 2009b)

De ulike dokumentene som psykologene berøres av når de gir behandling til personer som har sammensatt og uregjerlig problematikk har alle til felles at de påpeker nødvendigheten av at pasientene har rett på en egen plan for behandlingen, planene skal:

være individuelt tilpasset - i form av at pasienten skal stå i fokus, dermed er det pasientens helhetlige situasjon - som gir grunnlaget for de «deltjenester» som skal gis.

være samordna - hvor pasientens kompleksitet angir behovet for hvem som skal involveres, deres rolle i pasientens rehabilitering og hva de kan bidra med. Tilgjengelighet i tilbudene - skal bety at de er lette å nå, de skal være oversiktlige og mulige å benytte for pasienten.

sikre at pasienten har mulighet for å medvirke i beslutninger og beslutningsprosesser - for egen behandling og eget liv. Herunder når, hvor og hvordan behandling eller tiltak skal gjennomføres.(Willumsen, 2009)

Hensikten med ordningen om en egen plan er å sikre pasientens deltagelse og medvirkning i eget liv. Likeverdighet og deltagelse i eget liv er det sentrale i alle former for individuelle planer. Målgruppen det her fokuseres på har sammensatte behov og det fordrer at alle parter erkjenner et ansvar for pasienten slik at samhandling kan finne rom.

Kapittel 2. Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet vil jeg ta for meg teoretiske rammeverk og analytiske begreper som vil brukes til å belyse problemstillingen i denne studien.

I lys av San- Martin Rodrigues vil jeg belyse faktorer som anses nødvendige for at et samarbeid skal finne sted. I artikkelen: *The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies.* (San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour, & Ferrada-Videla, 2005b) Peker forfatterne på organiseringens betydning sammen med, profesjonssystemene og strukturen rundt organisasjonen som bakteppe for samarbeid. Sammensatte og sprikende behov krever av velferdstjenestene at de må gi integrerte og spesialiserte tjenester. Her har forfatterne kategorisert tre hovedområder hvor samarbeid kan forankres.

De systemiske determinantene altså omgivelsene til organisasjonen, som for eksempel utdanningssystemene, lovverket, forskrifter, jurisdiksjon, krav til inntjening osv organisasjonenes mandat eller kultur osv.

Organisatoriske determiner, forstått som forhold i organisasjonen. Samarbeid krever en gunstig arena for å møtes om problemet. Hvordan organisasjonen legger tilrette for å få til samarbeid er sentralt i forhold til hvor mye samarbeid de profesjonelle evner å utføre.

Relasjonelle determinantene altså mellommenneskelige faktorer i organisasjonen eller mellom mennesker i ulike organisasjoner. Likeverdighet og eller differensierte maktnivåer kan påvirke samarbeidet.

De profesjonelle determinantene. Organisasjoner, utdanningssystemer og kulturer som støtter individualister fremfor team kan være en sterk faktor for hvordan samarbeidet utøves. De profesjonelle trives best sammen med andre innenfor samme fagfelt, dette kan påvirke samarbeidet.

Kunnskapssosiologiske faktorer

De profesjonelle determinantene eller kunnskapssosiologiske faktorene er beskrevet av Abbott. Han hevder at profesjonelt arbeid utføres når en profesjonell med særskilt og spesifikk kunnskap benytter kunnskapen for å løse eller hjelpe til med menneskelige problemer for individer eller en gruppe samtidig. Hva den profesjonelle har av kunnskap kan variere ut i fra i hvilken sammenheng man studerer profesjonalitet. Abbott har studert de ulike profesjonene, deres utdanningsløp, verdigrunnlag og arbeidsoppgaver Abbott (Abbott, 1988) beskriver profesjonenes daglige virke og om hvordan profesjonene operer i hverdagen i den aktuelle organisasjon de befinner seg i. Han belyser profesjonenes likheter og motsetnings forhold ut i fra en kunnskapssosilogisk tilnærming. I denne sammenheng har han sett på profesjoner som alle har til hensikt å løse menneskelige utfordringer for pasienter, elever, kunder eller hele

grupper av mennesker. Det som er sentralt i arbeidet er at alle utfordringene løses på ulike måter og det er måten de løses på som her er hovedfokuset. Uansett profesjon må bestillingen eller problemet defineres, utredes og deretter løses/behandles. Den profesjonelles evne til abstraksjon er viktig for et best mulig resultat. Den profesjonelles evne til å abstrahere er sagt med andre ord hjelperens evne til å finne fakta, vurdere saken og benytte teori og kunnskap som verktøy til å løse bestillingen. (Støkken & Nylehn, 2002) Abbott kategoriserte på denne måten det profesjonelle arbeidet inn i tre områder: diagnose, slutninger og behandling.

Diagnose: La oss tenke oss at pasienten kommer til psykologen for å be om hjelp med et gitt problem. Psykologen må dermed utrede jamfør standardiserte klassifikasjons og diagnosesystemer og vurdere om problemet til pasienten kan kjennes igjen i tråd med psykologens forståelsesramme bygget på diagnosesystemet han må følge. Det kan være at pasientens symptomer eller problemer kan skyldes flere ulike faktorer som psykologen må ta i betraktning, målet er å finne beste løsning for pasienten.

Slutning: Den profesjonelles evne til å sortere kunnskap, erfaringer og klassifiserings systemer opp mot hverandre legge rammen for den mulige definisjon på utfordringen. Her kan den profesjonelle finne relevant og irrelevante fakta omkring problemet og dets art. Det er her man kan se forskjell på profesjonelt og uprofesjonelt arbeid jamfør Abbott. Definisjonen den profesjonelle kommer frem til i psykiatri er ikke gitt korrekt men den skal være gjenkjennbar og i tråd med andre kolleger sine slutninger i lignende saker.

Behandling: Resultatene etter diagnostisering og slutning legger et grunnlag for behandling. Når psykologen så skal behandle problemet forklarer Abbott abstraksjonsevnen som den profesjonelles evne til på best mulig måte sentrere fagets kunnskap og behandling for et best mulig resultat for pasienten.

Jurisdiksjon og maktkamp

Profesjonene har spesialiserte og ulike utdanninger som følges av de systemiske determinantene. Profesjonene har fått utviklet designede verktøy for faget eller tilpasset teknologi og kvalifiseringssystemer. Noen profesjoner har etter godkjent opplæring og praksis lov til å utføre en type arbeid eller oppgaver. Her kan vi bruke eksempel fra legen som ifølge lovverket har lov til skjære i andre mennesker og skrive ut medikamenter. Det har ikke psykologer eller sykepleiere lov til. Her har altså legen som profesjon egen jurisdiksjon i forhold til utførelse av enkelte oppgaver. Det samme kan vi tenke om andre profesjoner f. eks ingeniører, jurister med flere. I slike konkrete særskilte oppgaver eller arbeidsoperasjoner har hver profesjon jurisdiksjon og entydig kontroll av oppgavene. Teknologi, utvikling og endringer i populasjonens behov har tvunget de profesjonelle til å tenke på nytt, endre praksis og utvikle nye standarder for faget. (Abbott, 1988) Ved slike endringer splittes faget og nye profesjoner eller spesialiteter innenfor eget felt oppstår. For psykologer og leger er det ett femårig løp etter endt utdanning med videre utdanning i form av kurs, undervisning og veiledning innenfor ulike deler av behandlingsskjeden i sykehuset som skal fullføres før de kan

godkjennes som spesialister av spesialistkomiteen. Spesialistkomiteen er knyttet opp mot profesjonens egen forening som for eksempel Norsk Legeforening eller Psykologforeningen. Her sitter utnevnte fagpersoner og sikrer at kandidatene har fått tilstrekkelig opplæring og veiledning i faget. Foreningene jobber for medlemmenes faglige, sosiale og økonomiske interesser. (Legeforeningen.no, 2018)

Arbeidet eller tjenestene til de profesjonelle kan selv om de i all hovedsak arbeider i møtet med mennesker, i noen tilfeller kjøpes på linje med andre varer. I Abbotts (Abbott, 1988) terminologi snakker han om tingliggjøring, det vil si at deler av spesialistkompetansen hos den profesjonelle blir materialisert og salgbart som andre varer og tjenester. Som eksempel kan jeg nevne nettsider hvor profesjonelle behandlere i helsesektoren svarer ut kunders behov med informasjon og råd eller e-læring og flervalgsprøver kontrollert at datamaskiner i utdanningssektoren.

I noen tilfeller er profesjonenes oppgaver mange og ettertraktede. Ulike måter å vurdere problemer på og finne løsninger for oppgavene har gjennom historien skapt maktkamper og strider om jurisdiksjon. Nye fagtradisjoner har hatt en tendens til å tenke litt utenfor det som har vært naturvitenskapelig og konkret tenking. Behandlingen kan i psykologifaget i noen tilfeller være mindre konkret, men mer helhetlig og i noen grad mindre effektiv jamfør naturvitenskapen. Jeg skal studere samarbeidet mellom aktører som tilhører én profesjon men som tilhører ulike enheter i behandlingssystemet. Profesjonen skal behandle pasienter som skifter kategori fra å være barn til voksen. På tross av lik utdanning og profesjon kan det allikevel oppstå vanskeligheter i samarbeidet. Det er to sentrale forhold som bør betraktes når vi drøfter forhold om jurisdiksjon på arbeidsplasser det ene er jurisdiksjon og det er forholdet mellom profesjoner og spørsmål om lederskap. Hvordan ledere som ikke er profesjonelle forstår ungdommens problemer og hvordan deres virkelighetsoppfatning er sammenlignet med psykologene vi påvirke arbeidet. Abbott skriver at det er et klart mønster at psykologene ikke vil la seg lede av andre enn sin egen profesjon (Støkken & Nylehn, 2002). Psykologene har en administrasjon å forholde seg til, samtidig en egen kultur og selvutnevnt faglig ledelse på arbeidsplassen, i form av de rammer og verdier som psykologene er bundet av i. Det noe spontane og uforutsette som vil dukke opp i arbeidet med ungdommer kan oppleves av de profesjonelle som utfordringer de ikke er klare for å takle da de har sin lojalitet til avdelingen, faget og profesjonens jurisdiksjon. Den profesjonelle vil på denne måten fremstå for andre som lite fleksibel og noe fastlåst da han ikke er villig til å gå inn i åpen dialog med samarbeidspartnere. De profesjonelles roller kan slikt sett fremstå som et mulig hinder for å kommunisere godt og samarbeide med andre. Dette kan forstås med at enkelte profesjoner innehar dype kulturelle tradisjoner og jurisdiksjoner for hvordan et arbeid skal utføres eller oppgaver løses. Dette medfører et ulikt syn på hvordan en oppgave eller skal løses og kan være hemmende i samhandlingen med andre profesjoner. (San Martín-Rodríguez et al., 2005a)

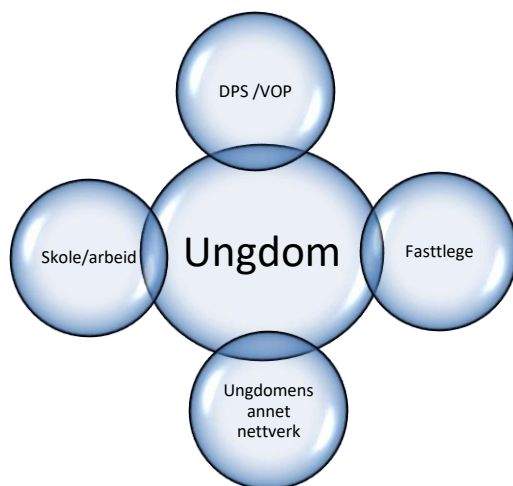
Samarbeid sett i lys av relasjon, organisasjon og system.

Helsevesenet har de senere år hatt stort innslag av rom for å lokalt samarbeide på tvers av fag og forvaltning. Lokale avtaler kan utfordre lovverket og svekket profesjonenes rom for å utvikle høy grad av særegenheter. Samarbeid med andre utøvere som også skal tjene samme målgruppe kan påtvinges i samarbeid og vil i noe grad svekke den almene oppfatningen av hvordan og av hvem ulike oppgaver skal utføres. (Støkken & Nylehn, 2002)

Samarbeid mellom profesjoner i faglige anliggender eller samarbeid på tvers av fag og forvaltning har vært og er en utfordring. Samarbeid og samhandling kan settes i struktur på ulike måter for eksempel hvor den ene utøveren utfører sitt arbeid og sender saken videre til neste utøver slik at det hele kan sees på som en linje eller en lineær prosess hvor oppgaver er fordelt og det er trukket opp grenser. Dette er nok den mest vanlige byråkratiske måten å se samarbeid på, hver utøver gjør sin del av arbeidet, de beholder sitt domene og konfliktene er ikke mange med tanke på maktkamp og interessekonflikter. I denne byråkratiske kjeden blir partene avhengige av hverandres utførelse og det fremmes liten grad av personlig engasjement. (Willumsen, 2009)

En annen måte å se på eller ønske seg samarbeid på er der hvor flere aktører samtidig fyller samhandlingsrommet med sin særegne kompetanse og deltar som likeverdige aktører med felles ansvar for å løse saken. Respekt for hverandre styrkes med kunnskap om hverandres virkeområder, lovverk og organisasjoner. En forståelse av og kunnskap om profesjonsutdanningene og deres kultur, ontologi og historie kan fremme forståelse av hverdagen på den enkelte avdeling/institusjon. (Molander & Terum, 2008)

Figur 3. Viser hvordan de ulike partene i et samarbeid.



Hver profesjon er bundet av sin jurisdiksjon eller legitetetsgrunnlag, den godkjente og stadfestede rammen for utøvelse av faget men er allikevel interessert i å fylle inn for andre fagfelt der hvor de andre ikke kan dekke behovet selv. Slikt samarbeid kan oppleves som krevende og truende med frykt for å ende opp med å underkaste seg andre profesjoner eller at

man utfordres til å tenke ut over de kjente rammer. Dersom organisasjonen legger til rette for treffpunkter mellom partene og samarbeidet fungerer vil hver profesjon få økt innsikt i andre profesjoners muligheter og begrensinger. Da kan gruppen lettere søke etter mulige løsninger og arbeidsmåter som kan gi ønsket resultat hos brukeren eller pasienten. (Willumsen, 2009)

Pasientens preferanser og krav er ikke alltid i tråd med psykologens definisjon av hva som kan identifiseres til å være en god og faglig forsvarlig tjeneste. Ny teknologi, tilgjengelighet på tjenester og informasjon har endret brukernes/pasientene sine forventninger og krav. Organisasjonene, virksomheten og profesjonen må avveie om de skal tjene folket eller om de skal tjene på dem (Støkken & Nylehn, 2002) Profesjonene må i denne sammenheng ha fokus på hva som er rett for pasienten ikke hva som er rett for virksomheten. Det er allikevel et dilemma for profesjonen å utøve faget på den ene siden og kravene fra virksomheten på den andre siden, her møtes determinantene for vellykket samarbeid knyttet til relasjon, organisasjon og system. Virksomhetens utøvelse av en tjeneste kan for eksempel være utenfor de rammer en yrkesgruppe eller profesjon anser som rett standard. De ansatte blir satt på strekk i forhold til å vurdere om de skal holde på faglige standarder, jurisdiksjon og avtaler de har jfr egen fagtradisjon og virksomhetens definisjoner og krav. (Abbott, 1988) Dersom de profesjonelle velger å strekke seg kan de svekke fagets styrke, særegenhet eller jurisdiksjon. På den andre side kan sentrert fokus på egn profesjonsutøvelse eller utførelse av arbeidet medføre at man i møtet med pasienten/brukeren overser eller stiller seg likegyldighet til andre behov som kan og skal løses av andre profesjoner eller enheter.

Abbott (Abbott, 1988) vektlegger organisasjonen som arena for utvikling av faget og jurisdiksjoner. Videre er det her det daglige virket utføres og ideene eller dilemmaene oppdages og skal løses. Rollen som profesjonell utformes og tilpasses av dagliglivet på arbeidsplassen. Her berøres oppgavefordeling og ansvarsfordeling, virkeligheten er ofte ikke i samsvar med profesjonens faglige eller etiske standarder. Dagliglivet medfører slikt sett en redefinering av grensene mellom profesjon og arbeidsplassens krav.

Terum og Molander (Molander & Terum, 2008) skriver om profesjonenes evige kamp om individualisering eller ekstern kontroll. De beskriver at profesjonene selv regulerer seg gjennom profesjonsmoral og legger i dette at profesjonene ivaretar sine roller i samhandling med andre profesjoner gjennom egen selvkonstituerende profesjonsmoral. Denne profesjonsmoralen legger til grunn hvordan profesjonen skal samarbeide med andre profesjoner og deres pasienter.

Tradisjonelt har akademiske profesjonelle i Norge arbeidet i det offentlige eller «staten» da det er regjering og direktorater som utformer retningslinjene for hvordan de profesjonelle skal utøve sin kunnskap. Det forventes derfor av «staten» at de profesjonelle er lojale og følger deres retningsgivende struktur. (Heiret, 2003) Pasientenes tillit til den profesjonelle har gitt de profesjonelle rom for å utøve eget skjønn eller privat praksis slik at den profesjonelle kan utøve sitt fag i form av den tillit han skaper gjennom sin sertifisering og legalitet til å utøve faget. Pasienten får et bilde av at kunnskap og byråkrati hører sammen til det beste for dem selv. Det blir på denne måten mulig for pasienten å beregne hva som vil skje under møtet med de profesjonelle.

Jan Heiret (Heiret, 2003) har sett på profesjonenes arbeid i et historisk perspektiv. Heiret beskriver at de største profesjonskonfliktene skjer mellom eller i møter der profesjongrensene møtes av organisasjonsgrenser. Profesjonsstridene mellom ansatte med samme profesjon blir sjelden like alvorlige innad i egen organisasjon eller avdeling som når det skal samhandles på tvers av organisatoriske grenser. Dette kan beskrives med et forsvar av reviret eller de integrerte holdninger i organisasjonen eller avdelingens administrative kultur og tradisjon. Denne formen for administrative normer eller regler setter standarden for de profesjonelle om hva som er godt arbeid og hva som ikke er godt arbeid. Dette betyr at nyansatte blir ledet inn i organisasjonenes normer for hvordan de skal forstå og utøve sine roller. Det har vist seg at utdanningsinstitusjonenes påvirkning av utdanningskandidater sitter sterkt hos de profesjonelle og at grunnopplæringen følger de ved siden innføring i organisasjoner, kulturer og samfunnets krav.(Heiret, 2003)

Uregjerlige problemer og kompleksitet i velferdsstaten.

Stortingsmelding nr 13 (2011-2012) tar for seg et Norge som er i utvikling og hvor behovene for velferdstjenester er i endring. Personer som mottar tjenester fra et sted har ofte behov for flere parallelle tjenester ut i fra sammensatte behov. Koordinering av tilbudene og en sikring av kontinuitet blir derfor satt på dagsorden. Noen problemer kan for eksempel psykologene løse alene i samhandling med pasienten, tamme problemer, andre problemer er mer kompliserte og i noen tilfeller mer uoversiktlige, uregjerlige problemer. De enkle problemer har hjelpeapparatet verktøy og hjelp til og saken kan løses. De mer uregjerlige problemene henger sammen på en måte som gjør at de ikke lett kan løses og det kan derfor hende at hjelpeapparatet ikke er sikre på om de kan eller har løst problemet. Sosiale problemer, psykiatriske vansker eller sykdommer, fattigdom, kriminalitet og hverdagsproblemer som ønskes løst gjennom hjelp fra psykologer og andre hjelpere setter fag og organisering på strekk. (Vabo & Vabø, 2014) Hjelp til uregjerlige problemer gis ofte i form av prøving, vurdering, ny prøving og ny vurdering uten å sikkert vite om hjelpen virker eller har en hensikt. Forskning har de senere årene fokusert på å samle inn kunnskap om hva slags hjelp som virker overfor sammensatte og uregjerlige problemer og samles i kategorien for evidencebasert praksis og kunnskap. Her beskrives metoder som er vurdert å virke for navngitte og «diagnostiserte» problemer. Det debatteres i fagmiljøene om slike metoder er fremmede eller hemmende for utviklingen av faglige tilnærminger. Det offentlige må på tross av diskusjonene allikevel finne måter å organisere tjenester overfor en stadig økende gruppe av tjeneste mottagere. Politikk og forvaltning er dermed med på å legge til rette for at vi får bedre kunnskap om å stille de rette spørsmålene, be om hjelp av noen med kunnskap om problemet og lære av de ulike miljøene på tvers av fag og forvaltningsnivå.(Vabo & Vabø, 2014)

Samhandlingsreformen er en dreining i det offentlige som støtter tanken om at vi må koordinere og styre velferdstjenestene både i offentlig og privat sektor.(Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)

Private institusjoner kan selv i stor grad velge å ansette hvem de vil for eksempel ved institusjoner og nødvendigvis ikke følge det som i det offentlige anses som god nok kunnskapsstatus. I følge Abbotts (Abbott, 1988) teori kan denne formen for utvanning av fag svekke tilbudet jamfør faget men også hindre mangfold og variasjon. Det offentlige har i de senere år hatt større fokus på bruk av økonomiske tilskuddsmidler til det private og satt krav til de private om fag og organisering for å sikre at tjenestene utføres på en faglig forsvarlig måte. Bakdelen ved slik kontroll er at skillet mellom privat og offentlig sektor kan bli svært liten og tilbudet mer ensartet. Ideelle og frivillige store organisasjoner har allikevel rom for sin særegenhet og de vil naturlig også endre seg over tid.

Samhandlingsevne og lokal kunnskap er en styrke når psykologene skal gi behandling til personer med uregjerlige eller sammensatte problemer. Ramsdal og Fineiede skriver i boken til Vabø og Vabo om tjenestenes samhandlingskompetanse eller tilrettelegging for møte med uregjerlige problemer i prosedyrer, retningslinjer og samhandlingsavtaler både på leder og behandler/utøver nivå. Det påpekes i artikkelen deres (Vabo & Vabø, 2014) at standardiserte forløp og prosesstenking kan være utfordrende å kombinere med behandlernes faglige ståsted og kunnskap, særskilt myntet på uregjerlige problemer. Å tilby bare en bestemt behandlingsmetode for et gitt tamt problem, selv om det er en del av et større og mer uregjerlig problem, kan virke som et hinder for å se helheten og andre behov pasienten måtte ha. Å sette sammen tjenesteytere som kan bidra i noe grad til hvert og ett av pasientens sammensatte behov kan utgjøre den helheten som skal til for å hjelpe pasienten videre. Glouberman og Mintzberg belyser at ikke alle delene i samfunnet nødvendigvis snakker sammen på tross av felles pasienter, at de ikke ser problemene fra samme vinkel og at de egentlig styres av de roller og interesser de har. Deres gjennomgang av offentlig virksomhet førte frem til en oppdeling av velferdsorganiseringen i fire grupper:

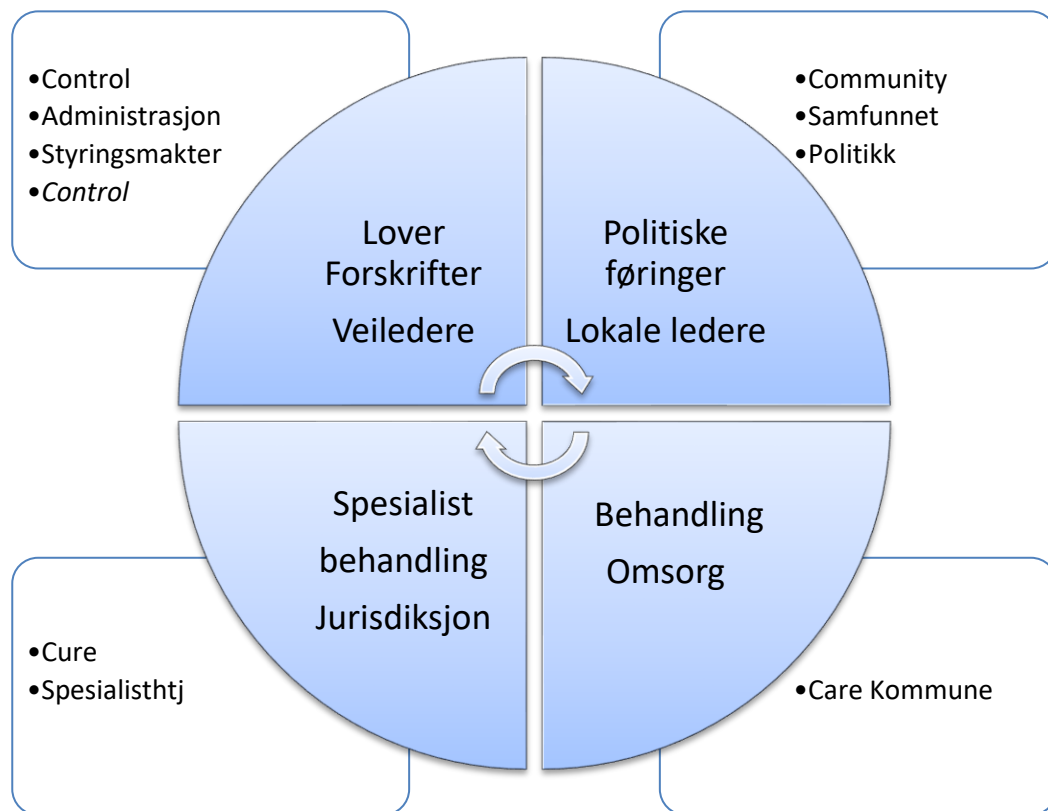
Care – omsorgstjenestene i kommunens = langvarig støtte

Cure - behandlingen i sykehus eller hos andre spesialister = kortvarig behandling

Control – administrasjon og styringsmaktens normer = lovverk, veiledere, prosedyrer

Community – samfunnet og politikken = påvirkning fra folket via organisasjoner med egne tankesett, egen kultur og ledelsesform.

En slik forståelse kan gi et bilde av kompleksiteten i velferdsstatens ulike ansvarsområder. Kompleksiteten vises i denne figuren laget på inspirasjon fra *Managing the Care of Health and the Cure of Disease: Arguments for the Importance of Integration. Health Care Management Review* (D'Aunno, 2001)



Sammenslåing av tjenester eller behandling kan styrke mulighetene for samarbeid med mål om koordinerte tjenester. Sammenslåing må ikke nødvendigvis bety samlokalisering og utvisking av organisatoriske grenser. Det kan bety samarbeidsavtaler, faste møteplasser, kunnskap om hverandre og relasjoner som skapes i regulert samarbeid.

Samhandlingsreformen fremmer tankegangen om integrasjon og støtter tiltak som kan bidra til å fremme kulturer som støtter oppunder de ulike profesjonene og organisasjonene i møtet med personer som har langvarige problemer og behov for koordinerte tjenester. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)

Kapittel 3. Oppgavens metode og datainnsamling

I denne studien var jeg på søken etter psykologens opplevelser av samarbeidet om ungdommer i overgangen mellom BUP og VOP. I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for de metodiske valgene jeg har tatt for å kunne gjøre en systematisk undersøkelse av dette spørsmålet. Datainnsamlingen ved bruk av kvalitativ forskning åpner for at både forsker og deltager kan påvirke forskningsprosessen, det handler i det store og hele om samhandlingen mellom mennesker. (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2010).

Kvalitativ forskning og datainnsamling

Kvalitativ forskning er problemorientert empirisme og har i all hovedsak utgangspunkt i problemer som er viktige for samfunnet å finne løsninger på. Problemorientert empirisme er ikke løsninger som kan hentes ut i fra enkeltstående konkrete hendelser, tall eller fenomener de samles inn fra flere hendelser. Samfunnsfaglig forskning må gå i dybden og kartlegge omfang, mulig årsak og se bak impulsive og raske slutninger. Raske slutninger som trekkes ut i fra enkelt hendelser, gjerne om personers problemer, som blir slått opp i media er ikke samfunnsvitenskapelig forskning. Entydig informasjon som presenteres i media hvor hendelse beskrives som allmenngyldig og sann kunnskap for eksempel om hvordan det faktiske liv leves eller om hvordan ting henger sammen i samfunnet er ikke samfunnsfaglig forskning. For å best mulig finne korrekt informasjon må forskere benytte seg av standardiserte og anerkjente metoder. Kvalitativ forskning skiller seg fra kvantitativ forskning som på sin side i hovedsak søker etter antall, omfang og utbredelse. Den kvantitative forskningen fokuserer vanligvis på større enheter som kan være spredt rent geografisk. Ofte benyttes spørreskjema i kvantitative undersøkelser og avstanden mellom forsker og deltager er stor. Deltager kan i slike undersøkelser ikke belyse emnet med egen kunnskap eller informasjon.

Kvalitativ forskning har til hensikt å innhente informasjon om et problem som kan sees i praksis. Utformingen av problemstillingen angir retningen for hva jeg ønsker å finne ut av. Jeg bruker case studies og er på utkikk etter hva som egentlig skjer i behandlingsløpet eller hvordan prosessen forløper. Når problemstillingen var klar stilte jeg noen grunnleggende spørsmål og antagelser. Det er viktig at all data jeg samler inn er relevant, gjenspeiler virkeligheten og er pålitelig.

Forskningsdesign

Jeg ville intervju psykologer om deres hverdag på arbeidsplassen og undersøke hvorfor det i en rekke tidligere nevnte rapporter beskrives at ungdom med behov for behandling ikke blir

fulgt opp. For å gjennomføre en slik undersøkelse måtte jeg designe en plan for gjennomføringen. Planen må designes slik at jeg ved hver enkelt aktivitet i arbeidet med avhandlingen kan knytte delene sammen til en samlet avhandling. Jeg valgte derfor å finne problemstilling og identifiserte hvor og hvem jeg ville rette mitt fokus mot. Det var viktig å finne personer som innehar erfaring fra begge poliklinikkene altså både BUP og VOP. Ved å sende en henvendelse til ulike poliklinikker i fylket fikk jeg respons fra noen og fikk 5 psykologer med ønsket kompetanse til å delta i undersøkelsen. Jeg utarbeidet forskerspørsmål og utformet en semistrukturert intervju eller guide med åpne spørsmål ut i fra den teori jeg fant om emnet. For å kunne gå i dybden på temaet valgte jeg å bruke casedesign for min oppgave. Casedesign har et sentrert fokus på en spesiell gruppe og eller på spesielle hendelser. Noe av det sentrale i casedesign er at informasjonen som hentes ut er mest mulig detaljert. Informasjonen som forskere henter ut i casedesign skal kunne studeres i en setting som for eksempel her i min avhandling psykologer bed BUP og VOP. For å lettere skille kvalitativ forskning med bruk av case studier fra andre statistiske eller kvantitative metoder har jeg valgt å vise styrker og svakheter ved med begge metodene i figur 4:

	<i>Case studier</i>	<i>Statistiske eller kvantitative metoder</i>
Styrker	Dybde	Bredde
	Høy gyldighet i et begrenset område	Forståelse av utbredelse av et fenomen i en populasjon
	Forståelse av prosessen eller konteksten	Måler fenomenets utbredelse i populasjonen
	Forståelse av de bakenforliggende årsakene i det som faktisk skjer	Etablering av sannsynlighetsberegninger som kan vises i andre lignende undersøkelser.
Svakheter	Utvalgte grupper med gitte kunnskaper kan gi for lite eller ensartet informasjon	Større innsamlinger i et bredere utvalg gir høyere gyldighet
	Begrenset forståelse for hendelsenene konteksten	Begrenset forståelse for konteksten, prosessen og uformelle mekanismer.
	Statistisk betydning/ signifikans blir ofte ukjent eller uklar.	Korrelasjonen antyder ikke årsakssammenhengen
		Svake mekanismer for å finne nye hypoteser

Figuren er oversatt av meg fra boken *The SAGE Handbook of Qualitative research* (Denzin & Lincoln, 2011). Som vi kan lese av figuren over vil casesdesign kreve en struktur hvor jeg må være undersøkende og beskrive funnene, altså være deskriptiv i analysen av informasjonen psykologene gir meg. Informasjonen eller datamaterialet må leses og sorteres i emner. Informasjonen må kategoriseres og identifiseres og deretter drøftes opp imot den teori jeg tidligere i avhandlingen beskrevet.

Kvalitative intervjuer som metode

I lys av figur 4 vil jeg måtte erkjenne at denne formen for datainnsamling har noen styrker og noen svakheter. Ved å intervju en gruppe som alle innehar samme type profesjonsutdanning, erfaring fra samme type avdelinger under fastlagte normer for veiledingspraksis kan mine funn bli begrensede og si lite om det store bildet. På en annen side var jeg i denne sammenhengen opptatt av å finne ut hva som fremmet og hemmet psykologene til å samarbeide med andre. Med dette hovedfokuset måtte jeg gå inn i deres hverdagsliv og se om jeg kunne finne ny kunnskap om problemstillingen. En mulig ulempe ved å benytte kvalitative intervjuer er at funnene jeg får kan være begrensede og gjelder kun denne snevre gruppen i denne spesifikke sammenhengen. Forhåpentligvis vil det dukke noen svar til konkrete temaer jeg tidligere ikke har vært bevisst og som løftes i intervjuene med psykologene. (Denzin & Lincoln, 2011)

I kvalitativ forskning må forskeren selv finne frem til problemstillingen eller kjernen i det han ønsker å studere uavhengig av strukturelle behov og politiske føringer. (Thagaard, 2013) Hvordan forskeren bygger opp intervjuguiden for å søke etter informasjon kan påvirke svarene han får. Forskeren kan ha ulike måter nærme seg informantene på ved å intervju de personlig eller for eksempel samle inn data ved bruk av spørreskjema.

Denzin og Lincoln beskriver i boken: *The SAGE Handbook of Qualitative research* (Denzin & Lincoln, 2011), kvalitativ forskning som biter av kunnskap. Kunnskapen sys sammen, hvert funn, forståelse eller opplevelse skal fanges opp og festes i til et helhetlig bilde. Elementene kan ha ulik form og virkning men sammen med de andre elementene blir det hele til et bilde som er mangefasettert og helt på samme tid. Hvilke metoder forskeren benytter i kvalitative studier for å finne frem til svar er opp til forskeren men noen teknikker er mer vanlige enn andre, for eksempel observerende deltagelse og intervju. (Denzin & Lincoln, 2011)

Samarbeid er dynamisk og komplekst. Interaksjon kan endre seg over tid, og er derfor vanskelig å studere. (Johannessen et al., 2010) Studier som tar sikte på å få en dypere forståelse i form av kvalitative studier gjennom bruk av intervjuer ble vurdert som en funksjonell måte for å gjennomføre datainnsamlingen til denne oppgaven. Hensikten med datainnsamlingen er å søke etter funn og en årsakssammenheng til funnene i forhold til teori og rapportene beskrevet tidligere i oppgaven. Funnene fra mine informanter kan kanskje gi noen svar og funn som peker på styrker og svakheter rundt psykologenes muligheter for samarbeid ved overgang fra BUP til VOP.

Etiske vurderinger

Prosjektet er godkjent av NSD, se vedlegg. Som beskrevet helt innledningsvis har jeg egen erfaring fra feltet jeg her forsker på. Jeg må være bevisst faren om at min forforståelse eller min forutgående oppfatning av problemstillingen kan prege informantenes svar. Min forventning til hva jeg ville finne ved intervjuene og arbeidet med denne avhandlingen må derfor ikke styres ved konkrete spørsmål eller meningsytringer fra min side. Jeg må derfor være bevisst at jeg nå forsøker å gå i dybden på et tema jeg allerede kjenner men hvor det kan være skjult kunnskap jeg ikke er bevisst. Dersom det vil dukke opp kunnskap hvor grunnleggende verdier går i motsatte retninger vil jeg således møte et etisk dilemma. Begge retninger kan være riktige og viktige det vil derfor kreve at jeg som forsker ikke bryter med min forsker rolle og holder meg til informasjonsinnhenting. I analysen kan jeg benytte meg av teorien rundt den informasjon jeg har fått med mål om å utvide kunnskapen om temaet og dets ulike sider. skulle legge føringer i psykologens svar brukte jeg åpne spørsmål i en semistrukturert intervjuguide. Under intervjuene har jeg bestrebet meg på å ikke legge føringer for den informasjon respondentene kommer med men analysere funnen i tråd med teorien jeg presenterer. De verdier og eksempler informantene vil bringe frem i intervjuene må jeg legge til grunn for analysen og ikke det jeg allerede vet eller har kjennskap til.

Ungdommen er en svært sårbar tredjepart i denne sammenhengen. Informantene og jeg har snakket om at gjengis på en måte som gjør at ungdommene kan identifiseres.

Intervjuene fra båndopptageren er lagret på låst og kodet minnebrikke. Intervjuene er transkribert og dokument filene lagres på samme låste minnebrikke. Informantene signerte alle på dokumentet de fikk med forespørsel om deltagelse i studien.

Intervjuguiden, gjennomføring av intervjuene

Intervjuguiden var delt inn i spørsmålsstillinger med bakgrunn i San Martín Rodríguez sine tre determinanter. (San Martín-Rodríguez et al., 2005a) Når jeg innhentet data i form av semistrukturert intervju fortolket og belyste jeg teksten i rammene av Collective Case studies.

Intervjuguiden jeg utformet og benyttet var semistrukturert. Intervjuguiden hadde noen overordnede hovedspørsmål til temaene jeg ville undersøke og noen underspørsmål til hovedspørsmålene. Selve intervjuene foregikk som en samtale hvor jeg brukte intervjuguiden som en mal og huskelapp. Informantene fikk tid og mulighet til å tenke, komme med eksempler og utdype temaene med egne erfaringer eller refleksjoner. Jeg valgte å stille alle informantene ett standardisert spørsmål: om de kunne gi meg eksempler på saker der samarbeid har fungert bra. Dette gjorde det lettere for meg som forsker å sammenligne svarene. Videre styrte jeg samtalen inn på standardiserte emner som handler om psykologenes arbeidsplass, elementer som omhandler samhandling og kunnskap og om faktorer de mente spilte inn i historiene og eksemplene om god samhandling. For å få til dette brukte jeg

oppfølgingsspørsmål og ba om mer utdyping eller mer nyanserte svar. Håpet med å benytte kvalitativ metode var å finne frem til alternative forståelser av kunnskap vi allerede er kjent med. Gjennom intervjuer eller samtaler med informantene og med støtte i intervjuguiden fikk jeg gjennomført gode samtaler og informantene ga fyldig informasjon om hvordan de tenker om og opplever samarbeid i det daglige virket.

De som blir intervjuet måtte ikke oppleve at de «utleverte» pasienter, ledere, kolleger eller andre under intervjuet. Det var derfor viktig at spørsmål og det skiftelige materialet kan gjennomleses av deltagerne, åpenhet om forskningen og dens formål, konfidensialitet i samtale/intervjuene, taushetsløfte og innsyn skapte trygghet.

Intervjuguiden som ble benyttet var semistrukturert. Jeg benyttet guiden da den kunne gi meg struktur til å hente ut informasjon om noen emner jeg vil ha belyst samtidig som den vil gi deltageren rom for å komme med egne historier og informasjon. Målet er å finne alternativ kunnskap eller måter å se en utfordring på fra en ny vinkel. Kan funnene i studien skape endring for målgruppen?

Ved undersøkelse av samhandling rundt overganger har jeg en tanker om at ulike rammeverk som lover, veiledere, identitet, arbeidsplassens kultur og jurisdiksjon er med å forme utøverens valg. På den ene siden deres faglige ståsted, jurisdiksjon og lojalitet til faget. På den andre siden arbeidsplassens krav til produktivitet, rammer for utførelse av arbeidet og arbeidsmengde. Jeg søkte etter informasjon om temaene knyttet til:

Faglig/profesjonell utøvelse og lojalitet til faget

Arbeidsplassens rammer og struktur

Hvordan de ansatte opplever sin rolle og sitt mandat i forhold til samarbeid.

De ansattes tanker om, kunnskap om hverandre.

Jeg ba om å få intervju psykologer som har jobbet 3 år eller mer i spesialisthelsetjenesten og som har erfaring med å overføringer mellom BUP og VOPP. Jeg fikk via seksjonsledere i ved Distrikts psykiatriske poliklinikker (DPS) i Østfold, samt ved de Ungdomspsykiatriske avdelingene ved Kalnes og Åsebråten /Sykehuset Østfold tillatelse til å intervju psykologer ansatt i sykehuset som innehar ønsket erfaring fra både barne og ungdoms behandling samt voksenalder behandling. Min stilling i dag er avdelingsleder ved en institusjon i Barne ungdoms og familieetaten (BUFETAT) ved Sarpsborg Ungdoms og Familiesenter.

Intervjuene foregikk på behandlerens vanlige arbeidsplass og jeg intervjuet dem en og en med bruk av lydopptager. Målet var å gjennomføre intervjuene i samme måned det gikk av praktiske årsaker ikke men de ble alle gjort innenfor et tidsrom på 6 uker. Alle psykologene responderte positivt på min forespørsel etter å ha blitt plukket ut av sine ledere til å delta i undersøkelsen om de ville. Psykologene har på tross av lik struktur i utdanningsløpene skaffet seg ulike erfaringer. Jeg ble positivt overrasket og deres engasjement og jeg opplevde at de alle hadde mange gode og gjennomtenkte synspunkter og opplevelser på temaene jeg brakte inn i intervjurommet. Lengden på intervjuene var fra 40 til 65 min. En psykolog skrev til meg

i etterkant med flere innspill og kommentarer, skrev at hun ikke hadde klart å stoppe å tenke på oppgavens problemstilling tema da hun syntes det var viktig.

Her er en kort presentasjon av psykologene og deres erfaringer:

Psykolog 1, (VOP): Arbeider på VOP, er psykologspesialist og har erfaring både fra BUP og VOP.

Psykolog 2 (Bufetat): Arbeider i Bufetat har erfaring fra behandling med barn i barnevernsinstitusjoner og med voksne i døgnsesksjoner og poliklinikk VOP.

Psykolog 3 (Kommunen): Arbeider i kommunen og er psykologspesialist. Psykologen arbeider med barn, unge og småbarnsmødre. Psykologen har erfaring fra BUP, VOP og ambulant behandlingsteam ved DPS. Tidligere også vært ansatt som psykolog i fengsel og som psykolog i psykologisk pedagogisk team ved videregående skole.

Psykolog 4 (BUP/sengepost): Arbeider ved døgnsesksjon for unge ved sykehuset er psykolog og blir psykologspesialist våren 2018. Har tidligere arbeidet i en samlokalisert bolig i kommunen og sendere ved BUP og VOP.

Psykolog 5(BUP/ambulant): Arbeider nå ved ambulant innstasteam er psykologspesialist ved Sykehuset og har erfaring fra BUP og VOP.

Ingen av de jeg intervjuet er underlagt meg eller kan betegnes som nære samarbeidspartnere.

Koding

Ved å høre på lydopptagerens filer altså opptak fra intervjuene måtte jeg gjengi og skrive ned tekst fra samtalen så korrekt som mulig innenfor de språklige normer for norsk språket. Lydopptageren var lett å bruke og opptakene ble gode men arbeidet var tidkrevende og omstendelig. Jeg fikk av kapasitetsårsaker hjelp av en venn som er dreven i transkribering til å transkribere 4 av intervjuene for meg, mot betaling. Ett intervju transkriberte jeg fullt ut selv, for å få med meg erfaringen.

Forskere som innhenter større mengder data kan etter transkribering kode ord i designede dataprogrammer. Dette var ikke nødvendig for meg i en såpass liten forskning som denne oppgaven er.

I Kvalitative intervjuer må tekstmaterialet som informantene gir forskeren bearbeides og kodes for å få frem informasjonen og meningene informantene gir forskeren. Koding skjer gjennom å sortere sentral informasjon i grupper eller temaer fra teksten. Koding kan også forklares som at forskeren sorterer informasjonen i kategorier, hva sier for eksempel informantene om samarbeid, om regler på arbeidsplassen og så videre. I denne formen for datainnsamling er man på utkikk etter informasjon eller kunnskap som mennesker sitter på. Kunnskap i form av erfaring, historier og situasjoner.

Reliabilitet og validitet

Problemstillingen i denne avhandlingen er førende for den videre forskningen jeg gjør. For å finne frem til data som kan gi meg svar på det jeg ønsker å gå i dybden på måtte jeg først lese aktuell forskning og teori på området. Deretter konstruerte jeg sokratiske eller åpne spørsmål i tråd med San Martin Rodrigues sin forskning om de viktigste determinantene som spiller inn i samarbeid eller samhandling. (San Martín-Rodríguez et al., 2005a).

Mitt hovedfokus er sentrert om hva som hemmer og fremmer i samarbeidet mellom psykologer i overføringene mellom BUP og VOP. Utdanningsinstitusjonene legger relativt like vilkår til grunn for å få tittelen som autorisert psykolog men det beskrives at de arbeider ulikt, informasjonen om hva som virker inn på utførelsen av psykologenes arbeid og samhandling med andre blir analysert i tråd med teorien nevnt over. Abbott beskriver i sin forskning (Abbott, 1988) om jurisdiksjon, maktkamper og revir. Jeg har derfor etterstrebet å lete etter funn med teoretisk blick og sett på om jeg kan identifisere elementene hos Abbott og San Martin-Rodriguez. Håpet er å finne en ny forståelse mtp på psykologenes samarbeid eller samhandling med hverandre jeg tidligere ikke har vært kjent med.

Kapittel 4. Analyse

I dette kapittelet vil jeg beskrive mine funn fra intervjuene og beskrivelsene av funnene er basert på de temaer jeg brukte i intervjuene med psykologene. Analysen og utdrag fra intervjuene beskriver hva som skjer i psykologenes arbeids hverdag med tanke på samarbeid. Jeg er på søk etter dybde og funn om hvordan hverdagen oppleves og hvordan psykologene samhandler. Som forsker må jeg være bevisst og refleksiv under lesingen.

Før jeg var klar for analysering av data ble det et arbeide med å avdekke relevant informasjon og eventuelle linjer eller mønstre i materialet altså koding. Analysen utga mange sider med informasjon og det ble nødvendig å rydde, systematisere, sortere, organisere og sette elementer sammen til grupper av koder, fenomener eller funn. (Johannesen m fl).

For å skille funnene fra hverandre vil jeg i dette kapittelet samle funnene under ulike avsnitt med overskriftene:

- Hvordan kan systemiske forhold på arbeidsplassen ha betydning for psykologenes muligheter for samarbeid?
- Relasjonelle determinanternes betydning for samarbeidet i overgangene.
- Organisatoriske determinanternes påvirkning for samarbeidet mellom psykologer på BUP og VOP.

Alle psykologene har positive historier om suksesskriterier om å hjelpe de unge.

De fem psykologene jeg intervjuet har erfaring og kunnskap fra behandling med unge mennesker som sliter med psykiske vansker og sykdom. Ungdom som sliter faller lett ut av skolen, og psykologene som vil hjelpe mister da en god samarbeidspartner. Ungdommens selvråderett i helsespørsmål og klare rett til å foreta valg i eget liv inntreer for fullt når de fyller 16 år. De velger på dette tidspunktet selv om de vil involvere andre voksne for å få hjelp, noen ungdommer er ikke modne nok til å velge lurt her mener psykologene. Psykologene fremhever et kunstig skille og et hjelpeapparat som ikke er tilrettelagt godt nok for unge mennesker å benytte seg av.

De systemiske determinantenes betydning for samarbeidet mellom BUP og VOP.

Psykologene er i utøvelsen av sitt arbeid bundet av rammer som for eksempel lovverket og avdelingens mandat. Psykolog 4 (BUP/sengepost) beskriver prosessen rundt diagnostisering av ungdom som en kompleks prosess:

«Man kan ha flere diagnoser, og da kompliserer det jo ting. Man velger selvfølgelig å fokusere på for eksempel OCD først, fordi det er ganske sånn målrettet behandling for det. Men bak det igjen, så kan det jo ligge en personlighetsproblematikk som man kanskje må bli flinkere på å sette fingeren på i barne- og ungdomspsykiatrien. I den grad man kan da selvfølgelig. Og det å kjenne det modningsaspektet inn da, fordi folk modnes jo veldig i ulik grad, så kanskje enkelte kan man ikke sette en personlighetsforstyrrelse på».

Det psykologen her viser til handler om ungdommens ulike stadier i utviklingen på vei mot å bli voksen. Noen symptomer kan i perioder være forenlig med trekk fra personlighetsspekteret, men må ikke nødvendigvis bety at ungdommen skal sykliggjøres av den grunn. Kunnskapen om organiseringens betydning om hvordan tilhørighet i avdelingen former psykologens valg i utøvelsen av faget vises i psykologens utsagn. Avdelingens kultur for diagnostiske vurderinger legger altså føringer for psykologens konklusjon etter psykologisk utredning.

I BUP tenker de at diagnoser kan sees på som et stempel eller en stigmatisering som kan stå i veien for en god utvikling videre hos ungdommen.

På en annen side er manglende diagnose ved utskrivelse fra BUP en faktor som kan hemme et videre forløp i voksenpsykiatrien. Psykolog 4 (BUP/sengepost) beskriver dette slik:

«Det har jo vært litt sånn utfordrende. Fordi man skal liksom ikke sette personlighetsdiagnose før man er 18, mener mange da. Det spørres hvem man prater med. Noen kan jo si det er fra man er 16 år. Vi ser jo i barne- og ungdomspsykiatrien at mange kanskje oppfyller en personlighetsproblematikk, og til og med en forstyrrelses-diagnose da. Da kan det jo være et problem at det blir kamouflert litt. Hvis man da setter en sånn symptomidelses-diagnose der. Kanskje man for eksempel en emosjonell ustabilitet da. Hvis man da setter inn diagnosen på BUP, og overfører til voksenpsykiatrien, så vil den gi lettere adgang til et mer sånt spesifikt målrettet tilbud, som ala Dialektisk Behavioral Therapi eller den mentaliseringsbaserte biten».

Den profesjonelles autonomi, makt eller kontroll over utførelsen av eget fag vises som noe svekket sett i et historisk perspektiv. Psykologene viser til krav på arbeidsplassen som for eksempel å sette diagnoser på pasientene. Kravet er utfordrende for de profesjonelle da de utfordres på tydeliggjøring av eget fag som og de mangler egnede behandlingsverktøy for behandling av tilstandene de diagnostiserer. For de profesjonelle medfører dette en svekkelse av jurisdiksjonen, makt over utførelsen av faget og mulig tapt anseelse da de ikke har verktøy til å hjelpe ungdommene med. Psykolog 5 begrunner valg av diagnoser i BUP slik:

«For da burde vi begynne å snakke om personlighetstrekkene mm men vi har ikke noe kultur, vi har ikke noe tradisjon, vi har ikke noe historikk til å snakke om det. Det er da vi setter emosjonell tilknytningsforstyrrelse i barndommen fordi vi mangler kompleks traumediagnose, vi mangler opptrening i personlighetsforstyrrelse, vi mangler eh eh eh vi har egentlig holdt oss til de derre litt lighte diagnosene hele veien. Det blir trøblete for de kommer jo ikke inn i DPS ene. Jeg kan litt om GAF men DPS kan intet om SEGAS».

Det beskrives over at både behandlere og ungdommer famler i forbindelse med overgangene fra BUP til VOP. Det blir ikke beskrevet noen faste møteplasser eller prosedyrer for overføringer. Psykologene sier at de fra tid til annen inviterer til samarbeidsmøter rundt overføringer men at dette ikke er regulert eller påkrevde rutiner. Det oppleves for psykologene som om lovverkene, kulturen og oppgavene til poliklinikkene ikke sammenfaller med hverandre. Psykologene i BUP viser i intervjuene at de ikke er godt nok kjent med VOP sin kultur og fagterminologi. Dette kan forstås som en funksjonell inkompetanse eller en måte å overse andre gruppers fagterminologi og aksept for deres kompetanse på. Sett fra en annen vinkel holder avstanden liv i egen interesse for faget og en skjerming av faget og kulturen de selv anser som viktig å opprettholde for egen eller ungdommenes gevinst. (Støkken & Nylehn, 2002). Her kan vi se at organisasjonene og det overordnede ansvaret ikke strekker til gjennom de anbefalinger og veiledere som ligger til grunn for samarbeid.

Psykolog 5(BUP, ambulant team) beskriver det samme dilemmaet rundt diagnoser men vektlegger i større grad behandlernes egne valg eller frykt for å ikke gjøre de mer målrettede avklaringene med henvisning til lovverket, produksjonskravene og profesjonskulturen i avdelingen:

«I BUP har vi eller er vi redd for stigmatisering, vi har vegret oss for vi har lange utredningsperioder, mye famling, mye kvasidiagnoser for nå skal vi jo sette diagnoser. Og så ender vi opp med emosjonelle forstyrrelser i barndommen. Som er en slik diagnose og vi ikke har noen behandlingsverktøy, ingen formelle rettigheter ikke sant»...

Psykolog 3 (Kommune)fokuserer på at ungdom i utvikling endrer seg kontinuerlig og at diagnoser her er ferskvare eller beskrivelser av en tilstand som hos ungdom eller mennesker i forandring kan bli borte over tid:

«Det er en annen holdning til diagnoser i BUPP når barn er under utvikling, og mye skjer fort. Det er kanskje lettere å bli kvitt en diagnose i BUPP enn det er i voksenpsykiatrien».

Det er flere komponenter i voksenverden som berører diagnoser, grunnlaget for rett til behandling vurderes ut ifra diagnoser, mange er avhengige av økonomisk støtte fra det offentlige som legger diagnoser og behandling til grunn for varige ytelser i trygdesystemet slik at fjerning av diagnoser ikke nødvendigvis betyr noe positivt for pasientene. Diagnoser som et gitt merke ungdommen må ta med seg videre betyr ikke at ungdommen modnes mer, samarbeider mer eller at psykologen nødvendigvis har gjort en god jobb enn om han ikke hadde satt en diagnose.

Relasjonelle determinanternes betydning for samarbeidet i overgangene.

Får de unge først hjelp møtes de av et hjelpeapparat som preges av store forskjeller i avdelingenes mandat og knappe ressurser i deler av behandlingsapparatet. Tilgang på relasjonelle ressurser gjør ungdommen sårbar. BUP har en kultur for å varsle andre instanser

og ungdommens nettverk med mål om å oppnå samarbeid og sikre ungdommen den hjelp han er i behov av.

Ungdom som av psykolog 5 (BUP, ambulant team) blir beskrevet som slitne av møter med behandlere før fylte 18 år kan ha en tendens til å avvikle og velge bort ulike hjelpeinstanser når de selv kan bestemme. Myndighetsalderen kan ufravikelig ikke stoppe eller hindre en del konsekvenser av valg og ungdommen kan ikke favne alle problemer alene. Psykolog 3 (Kommune) forteller om en jente hun hadde i behandling:

«Jeg har liksom ingen å spille på i forhold til henne. Det er egentlig en veldig dårlig jente, som hadde trengt omsorg rundt seg, støtte og hjelp, og der står jeg litt fast på hva jeg skal finne på. Nå har jeg prøvd å gi terapi og nå holder jeg på å henvise henne til et forebyggende ungdomsteam i kommunen. Hun har jo ikke utbytte av vanlig samtaleterapi på VOP, og det er ikke traumene hun ble henvist for som først og fremst står i veien for hennes fungering nå., det er andre vanskene som i hovedsak gjør at hun har det vanskelig . Så der er det ett eller annet tilbud som vi ikke har i systemet vårt. Hun faller mellom alle stoler på en måte».

Psykologen fremhever at hun opplever rammene og kravene på arbeidsplassen som en kunstig barriere som hindrer henne i å gi ungdommen videre behandling. Psykologer som profesjonsutøvere kan som alle andre ansatte i organisasjoner ende opp der det er motstridende interesser mellom fag og forvaltning. Psykologene har faglighet og kunnskap nok om hva som skal til for å hjelpe ungdommen, men har ikke støtte fra egen avdeling grunnet avdelingens mandat eller gitte oppgave til å gi hjelp eller behandling.

Psykologene forteller om samhandling med andre tjenester/avdelinger her beskriver psykolog 2 (Bufetat) sin opplevelse av samarbeidet:

«Også er det nok ganske, eller noe skuffet over hvor fort ungdommene skrives ut av DPS. At ikke de ungdommene blir holdt tak i. Når jeg sier DPS, så mener jeg BUP da. Litt skuffet over det, også opplever jeg at det ikke er nok kunnskap rundt barnevernsfeltet i BUP. Også føler jeg at det ikke passer BUP å møte ungdommene våre. Det vet jeg at det tas noe tak i at samarbeid mellom BUP og barnevern skal styrkes.»

Psykologen poengterer at det er et sprik i kunnskapsgrunnlaget i BUP vedrørende ungdom med historikk fra plassering i barnevernet. Hun beskriver at hun er skuffet på ungdommens vegne over manglene i faget og i mandatet til BUP.

Psykolog 3 (kommune) tenker at spesialiseringssløpet er med å gjøre psykologene gode. I lys av spesialiseringssløpet følger det med tillit innad i egen profesjonesrekke, hun beskriver dette slik:

«Ja, jeg tror de fleste, eller alle vel, spesialistene i barnepsykiatrien har jo erfaring fra voksenpsykiatrien. Det er jo ett krav for å kunne bli barnespesialist. Akkurat som vi voksespesialister må ha jobbet i barnepsykiatrien minst ett år, så jeg tror at de fleste har en god ide om hva som skjer i voksenpsykiatrien. Det vil jeg forvente! Jeg har aldri blitt overrasket over mangel på kunnskap eller, nei, jeg har ikke tenkt på det som noe problem.»

Psykolog 3 (kommune) forteller videre om hjelp og støtte fra psykolog kollegaer i vanskelige saker:

«Der samarbeidet jeg kanskje mere med, for eksempel hvis jeg fikk et case da hvor det var mistanke om Asbergers syndrom. Det var litt uklart, og det var stilt noen spørsmålstejn om det opp igjennom journalen, så kunne jeg gjerne søke råd i avdelingen på sykehuset hvor de har dyktige spesialister på det.»

Nettverket og samholdet psykologene finner i et større fagmiljø beskrives som en støttende funksjon. Det at tilgjengelige spesialister kan bidra viser at de profesjonelle med erfaring er opptatt av å hjelpe hverandre, sikre faget og ivareta pasienten. Videre forteller hun om relasjonene hun har fått gjennom spesialiseringsløpet:

«Ellers så har jeg jo de kollegene jeg har hatt tidligere, de er jo fortsatt fagpersoner som jeg kjenner godt nok til å kunne ringe og spørre om råd. Det har jeg fortsatt muligheten til tenker jeg. Det er også, tror jeg en forskjell og en fordel på det å ansette en, de har valgt for eksempel å ansette en psykologspesialist her, og da får man mye gratis på grunn av kontaktnettet som man har fått når man har jobbet noen år. Jeg hadde nok syntes jobben hadde vært vanskeligere hvis jeg var nyutdannet og kom hit. Hvis dette var min første jobb. Det tror jeg nok.»

Et utdanningsløp som ender med godkjenning som psykologspesialist betyr at psykologene blir kjent med flere kollegaer med samme profesjon. Profesjonsfelleskapet er gjellende på tvers av forvaltningsnivåene og respekten psykolog 3 som nå er tilsatt i kommunen bidrar til at hun opplever trygghet i arbeidet. Ved behov henviser hun pasienten videre fra de kommunale tilbudene over til for eksempel VOP:

«Jeg har også sendt henvisning til voksenpsykiatrien for ungdom over 18 år, og de har jeg jo også fått tilbakemelding på kjapt at er tatt inn, og så har jeg mottatt epikriser når de er blitt avsluttet på BUP eller VOP, så det har fungert veldig bra.»

Psykologen beskriver veksling i arbeidet, hun trenger hjelp og henviser pasienten til VOP som tar inn pasienten og psykologen får rett beskjed altså gjennom en epikrise når behandlingen på VOP er avsluttet.

Psykolog 1(VOP) er opptatt av at psykologer gjennom arbeidet og et formalisert spesialiseringsløp kan bli psykologspesialister. Et slikt spesialiseringsløp medfører blant annet at psykologene tilegner seg helt spesielle kunnskaper for å gi behandling for konkrete diagnoser. Gjennom felles utdaningsløper psykologene trygge på hva de kan forvente av hverandre rent faglig. På en annen side har spesialisering med egne preferanser fordeler og ulemper knyttet opp mot mandat og det behov avdelingen i noe grad har:

«Jeg syntes utviklingen har vært bra på VOP ved at det er mere faglige standardpakker med utredning, og ikke bare opp til enhver behandler å bestemme da. Sånn som det er akkurat nå, syntes jeg profesjonskonfliktene er veldig lave i forhold til hvordan det var når jeg kom. Da var det mye mer sånn frem og tilbake, og at det var større fraksjoner. Det er det vel ikke snakk

om i det hele tatt nå. Alle sitter med sin kompetanse som er litt forskjellig, så prøver man heller å fordele pasientene der man hører hjemme.»

Psykologen sier noe om profesjonskonflikter som er tilbakelagt og beskriver at faglige standard pakker for utredning og det faglige rommet til å fordype seg i personlige faglige preferanser som et middel mot profesjonskonfliktene. Den individuelle og spesielle kompetansen fører til at psykologene samarbeider og fordeler pasientene ut i fra kunnskap.

Dersom de faglige preferansene og interessene får stor plass i avdelingen kan de komme i en konflikt med de allmenne og grunnleggende pliktene avdelingen har. (Støkken & Nylehn, 2002) Neste avsnitt vil se mer på de organisatoriske determinantene i samarbeidet mellom BUP og VOP.

Organisatoriske determinanter som påvirker samarbeidet rundt ungdommene.

Ulike lovverk og manglende møteplasser kan bidra til økt kunnskap om hverandre gjør ungdommen sårbar.

Psykolog 2 (BUFETAT) påpeker at lover og rammer som regulerer arbeidet er et sentralt element for utøvelsen av faget. De samme lovene og rammene kan også presse ungdommene ut av behandling for tidlig eller medføre at ungdommene ikke får tilstrekkelig behandling:

«Ja. Da kan en godt tenke opp til lovverket egentlig. Det gjelder vel barnevernet og barnepsykiatrien like så vel som voksenpsykiatrien. Det med den drift-typen av Public management, hvor det er veldig styrt ovenfra og ned. Hvor en får pålagt stadig nye oppgaver, og en skal ha ett sånt pakkeforløp med klare føringer på hva som skal skje fra uke til uke. Det tenker jeg vil gå ut over pasientbehandlingen. vi får mindre tid til å gjøre de oppgavene, som fremtvinger oss å sette en diagnose etter kort tid og en får mindre tid til stabilisering.

Ungdom trenger som beskrevet tidligere tid til å venne seg til eller for å benytte seg av hjelp i form av behandling. Psykologen her har tanker om at han ikke evner å gi ungdommen den behandlingen de trenger da rollen hans i organisasjonen ikke er beregnet til å gi den form for hjelp ungdommen trenger. Vi ser da at de rammer og det mandat organisasjonen hemmer ungdommen i å komme videre da tilstanden til ungdommen diagnostisk ikke ligger under avdelingens mandat.

Psykologen beskriver at faget og forståelsen av de unges utvikling er ulik i BUP og VOP. Ulikheten skyldes språk i lovverket og i poliklinikkenes mandat og forståelse av de oppdragene altså behandlingen de skal utføre. I BUP har de et særskilt fokus på symptom, familienettverk og annet nettverk på den ene siden og i VOP et tydelig fokus på pasientens autonomi, alvorlighetsgrad av lidelsen og rettighetsvurderinger på andre siden. Et eksempel er tankene til psykolog 4 (BUP) om at vurderingen rundt pasientenes lidelsestrykk er ulikt i de to behandlingssystemene som dermed ikke gir rett til videre behandling:

«Sånn ut fra ett års praksis da, så var det ikke så veldig mange pasienter jeg hadde som skulle over til DPS, men et par var det. Sånn generell tanke var at all problematikk på BUP hvor vi tenkte: denne pasienten her vil få rett til behandling på DPS, men det er ikke noen likhetstegn på at man gikk rett over til DPS. Da tenkte jeg jo at problematikken her i BUP ikke var alvorlig nok hvis man ikke kom inn på DPS da».

Det som i BUP altså ungdomspsykiatrien vises og vurderes som alvorlige tilstander hos ungdommen blir ikke på DPS forstått som alvorlig på samme måte. Psykologen beskriver at han tenkte at han gjorde feil vurdering, og hadde manglende kunnskap om lovpålagte prioriteringer og om de ulike lovverkene og tilstandene (de diagnostiske vurderingene). Elementene tilsammen medfører at ungdommen glipper ut av systemene.

Psykolog 5(BUP/ambulant team) er inne på det samme temaet og beskriver det slik:

«Eh litt sleivete sagt så for eksempel så kan jo ungdom ha ADHD frem til de er 18 og så bipolar lidelse fra 18. fordi at vi har helt to ulike kulturer rundt diagnosene, vi vi setter ikke bipolar fordi det syntes vi er skummelt og farlig. Men ADHD den kjenner vi ganske godt så den den setter vi. Ved sykehuset Østfold får man personlighetsforstyrrelse diagnose rundt 20 til 22 år. Men når vi har begynt å jobbe med institusjoner nå så ser jo vi personlighetsforstyrrelsene på 16, det er jo ikke tvil. Men det er ikke tradisjon for å sette diagnosen, nei. det gjør jo at det trykket vi sender pasienten videre med da blir ikke forstått eller lest når de kommer videre».

Psykologen viste til at han ifølge BUP sin kultur for vurdering, var sikker på at denne ungdommen måtte kvalifisere for overføring og videre behandling i voksenpsykiatrien. Det viste seg at denne type lidelse eller lidelsesuttrykk hos ungdommen ikke kvalifiserer for rett til behandling jamfør prioriteringsveilederen og vurderingen ved inntaksteamet på DPS. Psykologenes kunnskap om hverandres ulike styringsmekanismer er mangelfull og resultatet for ungdommen blir at de blir stående uten tilbud for sine sammensatte problemer.

Psykolog 3 (kommune) er opptatt av at det er et skille i behandlingen av unge versus voksne og forteller om erfaringene fra de ulike avdelingene

«Jeg har vel ikke jobbet noe sted med voksne hvor psykose ikke har vært, jeg har også vært på sikkerhetsseksjonen på Sykehuset, og der var det jo også vold og psykose, og veldig syke pasienter. På BUP er de mye friskere, og ble fort behandlet ut av sin lidelse, selvfølgelig».

Psykolog 5 (BUP/ambulant team) kommentere at selve arbeidet ikke har så mye med profesjonens utøvelse å gjøre men at det hele i all hovedsak handler om institusjonens eller avdelingens forståelse av mandatet, han sier:

«En del av de som har vært hos oss de er egentlig litt sånn ferdig behandlingstrette de er liksom er plassert for noe de egentlig ikke hadde troa på selv eller det de ønsker. Når ungdom henvises uten at de selv er interessert i behandling og de kommer til DPS og DPS sier: Ok om du egentlig ikke vil noe med dette her, så gjør vi på DPS ikke noe. Da sier jo pasienten nei vi gjør ikke det. Vi i BUP står også for en prosess hvor vi altså gjør dem litt behandlingstrette, mange av ungdommene. For vi jobber på mandat fra noen andre».

Det kan lett forstås at det blir vanskelig for unge mennesker som har blitt fulgt opp mot sin vilje i BUP at en voksenverden som i større grad baserer seg på normalitet, delaktighet og plikter blir vanskelig å forstå. Ungdommene vi her snakker om har i stor grad vansker på de fleste områder i livet også hjemme. (Ose, 2012) Når BUP trekker seg vekk med en eller flere kjente personer, trygge relasjoner og ungdommen må selv ta ansvar for alle oppgaver og prosesser kan konsekvensene lett oppleves som et sjokk. Ungdommene kommer fra kontakt med en omsorgs, nettverks og barnefokuset forståelsesramme og ut til hjelp med vilkår eller avvisning ved VOP. Manglende kriterier for behandling kan forstås som at VOP har fokus rettet mer innad på egne krav og mål enn på hva som faktisk kan hjelpe for å styrke ungdommene. Avvisning i VOP gjør ungdommene mer sårbare.

Psykolog 3(kommune) forteller om sin hverdag i kommunen hvor hun ikke har samme krav som spesialisthelsetjenesten:

«Jeg har selvfølgelig litt mindre møtevirksomhet her enn det jeg var vant til tidligere. Det sier seg jo selv, for da hadde jeg jo 100 pasienter jeg skulle ha oversikt over med møter som varte flere timer for eksempel på mandager. Sånn er det ikke her. Her er jeg nok litt mere, her er det jeg som har sakene mine alene, så det, også tar jeg det sånn innimellom. Jeg svarer på telefoner når det ringer. Gir veiledning der og da. Jeg tar ofte telefonen med meg hjem og har den på en sånn rimelig tid, i tilfelle det er noe, i hvert fall når jeg vet noen sitter med noe vanskelig. Jeg er nok kanskje litt mindre bundet av faste møter og sånn her. Det er jeg nok, også får jeg gjort det jeg skal. Det er jeg jo vant til fra før og, å vri det til og gjort det jeg skal. Produksjonskrav er nå en ting. Det er nok kanskje litt tydeligere i voksen, og i spesialisthelsetjenesten er det jo så og så mange konsultasjoner, men her tar jeg liksom bare det jeg skal ta, og noen ganger er det kjempe mye, Og da gjør jeg det, mens noen ganger er det lite, og da nyter jeg det. Det er litt, ja, greit».

Psykologen beskriver her forskjellen på en åpen ungdomshelsestasjon og på ordinære tilbud ved poliklinikkene ved sykehuset. Hun beskriver at det er mer etterspørselen fra ungdommen som styrer hennes hverdag fremfor produksjonskrav og faste oppgaver. Hun beskriver at hun selv er tilgjengelig og at hun kan svare ut de forespørsler som kommer. Det er en vesentlig forskjell på et slikt kommunalt åpent tilbud og på BUPP og VOP sine mandater med faste timeavtaler, produksjonskrav og rettighetsvurderinger. Psykologens beskrivelser over har i all hovedsak pekt på utfordringer i lovverk, de ulike rammene og avdelingenes mandat.

Ingen av psykologene har i sin hverdag noen faste møteplasser hvor BUP og VOP samhandler. De beskriver et ikke eksisterende formalisert samarbeid, lite kommunikasjon og ingen forbindelse mellom avdelingene for kunnskapsoverføring og samarbeid syntes som elementære årsaker til at overganger bidrar til å komplisere utviklingen og gjør ungdommene ytterligere sårbare.

Psykolog 4 beskriver feltet som et felt uten klare svar og a det derfor er nødvendig med guider for rettleiding:

«Jeg tenker at det handler kanskje ikke i så stor grad hva man er som profesjon, men det handler mer om den institusjonen/etaten på en måte forstår ting da. For man må jo på en

måte han felles forståelse av hvilke pasienter som må komme hit, hvilken problematikk. Men det igjen, må jo være faglig forankret. For eksempel traumefeltet igjen, er på en måte, det er jo et vanskelig felt. Det er ikke noe fasitsvar nødvendigvis».

Aldersaspektet og organisasjonens krav legaliserer et manglende samarbeid dersom ungdommen selv etter fylte 18 år ikke ønsker bistand eller behandling. Psykolog 3(kommune) beskriver dette slik:

«Jeg opplever at ofte når voksne søker hjelp i voksenpsykiatrien, så kjenner de på ett lidelsestrykk som gjør at de søker hjelp, mens disse ungdommene, jeg opplever at, de ungdommene som vi møter her i dette feltet, at de ”feker” mye vekk.

Ungdommens psykologiske alder kan stå i veien for at psykologene kan hjelpe til da de unge på legalt grunnlag kan velge bort hjelpen psykologene kan gi.

Alle psykologene har gode historier om suksesskriterier som fremmer samarbeid i overgangene for å hjelpe de unge.

Psykolog 1 beskriver prosessen som helt tverrfaglig i BUP når de sammen forsøker å finne ut av hva som kan være årsaken til den unges vansker. Hun poengterer at ungdommen taes på alvor og blir sett fra flere vinkler. Det hun forteller om forstår jeg som bredt og etablert tverrfaglig samarbeid og vurdering av ungdommen:

«Man gjør veldig grundige utredninger, syntes jeg på Buppen, noe jeg syntes er positivt forstand, altså at man tar hvert barn veldig alvorlig, at man har en utredningspakke. Det har vi jo jobbet oss mer og mer mot her også. Det var mer usystematisk tidligere. Også er det, vet ikke, litt flere faggrupper kanskje på bupp? Nå har jo jeg bare erfaring på en Bupp, men litt flere faggrupper, og litt mere tverrfaglighet. Alt om utredning og behandling blir jo tatt opp i tverrfaglig team».

Psykologen har erfart at det å ha støtte i andre kollegers vurderinger sammen med akademisk kunnskap på fagfeltet gir trygghet og kvalitetssikring i arbeidet og sikrer at barnet eller her ungdommen blir sett og vurdert av flere profesjoner. Psykologen beskriver dette som en metode hvor selve utredningen tas på virkelig alvor slik at man sammen kan se etter beste løsning for videre utredning eller behandling.

Psykolog 3 beskriver holdningene til diagnoser og til personer det er naturlig å samarbeide med i BUP systemet på denne måten:

«De har vel større fokus på pårørende selvfølgelig. Jeg tok veldig ofte inn foreldre til veiledning. Også mye større bruk av komparentopplysninger det vil si opplysninger fra andre som for eksempel lærer, førskolelærere og så videre. Det er en vesentlig forskjell fra VOP. De hadde også grupper i BUPP, som ble styrt av forskjellige faggrupper. Angstmestringsgruppe,

grupper for ungdommer og barn med depresjon. Familiegruppene er brukt mere i BUP enn det jeg har vært vant til etterpå».

Over ser vi at psykologen viser til bruk av komparent opplysninger i behandlingen. Det vil si at psykologen innhenter opplysninger om barnet eller om ungdommens utfordringer, hvordan utfordringene vises i dagligliv på skolen, hjemme og så videre når hun skal vurdere en diagnose eller behandlingsmetodikk for barnet. De voksne rundt barnet eller ungdommen er i denne prosessen helt sentrale i den helhetlige vurderingen av barnet/ungdommen og fremmer utvikling.

Det at ungdommene senere blir myndige og selv kan bestemme kan snu en sak fra god til dårlig når psykologen ikke lenger kan samarbeide med eller innhente opplysninger fra andre i miljøet rundt ungdommen. Her beskrevet av psykolog 1:

«Jeg har ett eksempel som på en måte jeg nå føler jeg står og stamper litt, fordi det er en jente som jeg også fulgte på bupp. En som var veldig traumatisert. Da hadde vi et veldig bra samarbeid med barnevernstjenesten. Så trakk de seg ut når hun var 18, som jeg ofte ser at de gjør hvis de kan. Nå står hun – hun har store lærevesker, hun er utredet for PPT. Klarte ikke å bestå videregående. Hun hadde et tett samarbeid med lærer. Vi prøvde å få henne gjennom videregående, men hun strøk i matematikk, det vil si at hun ikke fikk fullt vitnemål. Det var nok riktig også, for hun sliter såpass faglig for å si det sånn. De la det virkelig til rette for henne der. Også begynner hun da på en privatskole. En dyr privatskole for å ta opp igjen fag. Jeg har prøvd på en måte å advare henne litt i forhold til økonomi og alt sånt. Hun får studielån osv, og jeg tenkte at dette her ikke går så bra. Hun er veldig urealistisk på hva hun vil bli. Med store lærevesker så ønsker hun å gå gradene fra sekretær, til å bli jurist, eller å bli lege. Mine forsøk på å forklare at man for å bli jurist eller advokat, så må man ta en utdanning til det. Man kan ikke gå gradene via en sekretær. Dette hadde hun hørt, så det var hun helt overbevist om. Det og realitets orientere henne har vært vanskelig. Jeg har fått en rådgiver på banen, som også prøvde å realitets orientere henne for fremtiden. Det har heller ikke kommet gjennom, og nå har hun blitt veldig dårlig, for nå skjønner hun at hun ikke fungerer på denne skolen, og da kommer det mye selvmordstanker. Hun føler at hun mislykkes og sånn».

Psykologene her beskriver tverrfaglig samarbeid innad på avdelingen som en styrke og det er det sikkert i forhold til oppgaver de her beskriver. Spørsmålet er bare om psykologene i BUP evner å gi den hjelp ungdommen selv tenker at han er i behov eller rett hjelp til å komme videre i behandling og ellers i livet. Det psykologene selv ser som en styrke vil jeg her stille meg litt undrende til om det vi ser er kollektiv verving om egen jurisdiksjon, forsvar av revir og utøvelse av råderett over egen arbeidsplass. Det tverrfaglige arbeidet her foregår indirekte opp mot ungdommen og via en psykolog eller terapeut.

Psykolog 4 (BUP, Sengepost) forteller en historie der hvor flere profesjonsutøvere i spesialisthelsetjenesten, her fra en sengepost sammen har gitt hjelp og lykkes:

«Absolutt! La oss si en angstpasiert som jeg har. Da trenger jo den pasienten eksponeringsterapi. Da gjør jo miljøpersonalet det, mens jeg tar mer på meg den kognitive

biten da med prating. Også på en måte messer vi mye rundt den samme teorien, så det blir liksom veldig mye som kommer inn med teskje til pasienten da. Som ofte må til. Så gjør jo da miljøpersonalet det der med eksponeringa selvfølgelig som jeg til vanlig ikke har anledning til da. De kan jo dra ut ambulant og dra på ett kjøpesenter for eksempel. Det er jo helt essensielt for å få god effekt, tenker jeg, av behandling for agorafobi eller sosial fobi, så det er bra. Den samme muligheten har man for eksempel ikke på en poliklinikk. Da kan man kanskje gi ett sånt psykoedukativt tilbud. Som da er fint, men kanskje ikke tilstrekkelig nok da. Ja. Et team per pasient. Teammøte annenhver uke med familie og pasient. Planmøte hver uke, går gjennom behandlingsplan og evaluere sånn symptomliste. Så det er veldig meningsfylt det altså. Man har så få pasienter at man rekker gjennom det».

Psykologen beskriver her en altruistisk holdning og et samspill med ungdommens familie og med andre ansatte i avdelingen hvor de faktisk i praksis hjelper ungdommen med et gitt problem i samarbeid. Samarbeidet foregår i team og hvor ungdommen er delaktig i egen behandling sammen med flere ansatte i avdelingen og med egen familie. Psykologen her er modig, gir de andre tillit og i samarbeid utformer de en plan for fremdriften i behandlingen.

Psykolog 5 er opptatt av at de her innad en kultur som ikke er enhetlig og derfor må det sprike utad også, han beskriver det slik:

«Det er andres forventinger og så er det ikke alltid at vi har ungdommene med oss, nei nei. Eh og i hvert fall ikke de som er plassert på institusjoner for der er eh eller de har møtt alle disse velmenende damene i all særdeleshet, et er jo stort sett damer. Hele tiden som ikke har greidd å komme i mål av ulike årsaker. Ungdommen har flytta, har ikke ønsket samarbeid, osv osv. de er liksom ferdig behandlingstrette mange da. Også skal vi dundre på enda en runde, og så er der videre til DPS som har kost benefit som et av kriteriene for å ta inn til behandling i psykisk helse. Nei da, ja så det er eh det er overgangene hvor vi ikke gir, eller selv innenfor avdeling hvor vi ikke greier å lære av hverandre. Eh taushetsplikt som gjør at vi ikke får tilbakemeldinger fra DPS ene. Og de henter ikke informasjon ut over hva nå DIPS bidrar med».

Personvernet her i form av taushetsplikten, medfører at når BUP henviser pasienten videre til VOP har de på BUP ikke noen mulighet til å se hvordan den henvisningen blir vurdert. Hvilke kriterier som ligger til grunn for vurderingen i VOP vet bare VOP. Svarbrevet gir en indikasjon på grunnlaget for vurderingen men teksten gjenspeiler bare prioriteringsveilederens tekst uten å gå direkte inn i den enkelte sak. I det lange løp lærer ikke psykologene på BUP hvordan se skal kommunisere med VOP for å sikre at ungdommene som trenger det får videre hjelp.

Psykolog 2 beskriver litt om egne reaksjoner og tanker vedr samarbeid:

«Også er jeg og noe skuffet over forløpet og overgangene som er så vanskelig for disse ungdommen da. Livsoverganger fra institusjon til leiligheter og kommune. At en ikke får til et bedre samarbeid der. Det syntes jeg er for dårlig da».

Psykolog 2 analyserer eget utsagn og lander på at hun tenker at avdelingens mandat og produksjonskrav utfordrer faget og gjør ungdommen sårbar:

«Ja. Da kan en godt tenke opp til lovverket egentlig. Det gjelder vel barnevernet og, å barnepsykiatrien likeså vel som voksenpsykiatrien. Det med den drift-typen av Public management, hvor det er veldig styrt ovenfra og ned. Hvor en får pålagt stadig nye oppgaver, og en skal ha ett sånt pakkeforløp med klare føringer på hva som skal skje fra uke til uke. Det tenker jeg vil gå ut over pasientbehandlingen. Får mindre tid til å gjøre de oppgavene, si en skal sette en diagnose etter kort tid og en får mindre tid til stabilisering».

Psykolog 5 beskriver at de i BUP ene også kjenner på stresset økt produksjonskrav medfører for utøvelsen av faget:

«Det er pr i dag for stort trykk i barne og ungd psyk da det ikke blir sortert ut . Og så har vi sett på hva gjør vi? Produksjonskravene bare øker også i BUP. Kravet har økt til mer enn 50% økning i produktivitet siden 2005.Vi satt ikke bare og drakk kaffe i 2005! Vi opplevde at vi jobbet da også».

«BUP har gått fra å være "på ikke diagnose», hvor vi tidligere fokuserte på lidelsestrykk, mer fokus mot familie og mere mot refleksjonstid til nå å bli mere diagnostisk».

«Men fremdeles er det slik at vi tenker denne firkløveren i bunnen: lege, psykolog, pedagog, og sosionom».

Styringsmaktens fokus på rett diagnose som gir rett behandling på rett sted til rett tid stresser psykologene i BUP. De må møte pasienten og følge føringer i arbeidet som er motstridende med det de har av faglig forankring og jurisdiksjon. Psykologen påpeker at BUP sin kultur for tverrfaglige vurderinger fortsatt står sterkt og at dette sikrer de profesjonelle vurderingene som gjøres rundt ungdommen.

Psykolog 3 er spesialist og har lang fartstid i spesialisthelsetjenesten, hun påpeker at gjennom sitt spesialiseringløp og erfaringene fra denne tiden har hun skaffet seg faglig grunnplattform og kunnskap om hvor hun kan forvente å få hjelp videre for ungdommene når en mistenker sterkt en diagnose eller problematikk, hun snakker om tiden sin i sykehuset:

«Der samarbeidet jeg kanskje mere med, for eksempel hvis jeg fikk en case da hvor det var mistanke om Asbergers. Det var litt uklart, og det var stilt noen spørsmålstegn om det opp igjennom journalen, så kunne jeg gjerne søke råd i den avdelingen av sykehuset hvor jeg vet de har dyktige spesialister på det. At det kanskje er lettere når man jobber i sykehuset, enn når man jobber i kommunen? Nå bare tenker jeg litt sånn høyt. Jeg har jo muligheten til å gjøre det nå også selvfølgelig, men da hadde jeg kanskje sendt en henvisning til sykehuset og bedt om det, istedenfor å henvende meg direkte til avdelingen, sånne små forskjeller da. Ellers så har jeg jo de kollegene jeg har hatt tidligere, de er jo fortsatt fagpersoner som jeg kjenner godt nok til å kunne ringe og spørre om råd. Det har jeg fortsatt muligheten til tenker jeg. Det er også, tror jeg en forskjell og en fordel på det å ansette en, de har valgt for eksempel å ansette en psykologspesialist her, og da får man mye gratis på grunn av kontaktnettet som man har fått når man har jobbet noen år. Jeg hadde nok syntes jobben hadde vært

vanskeligere hvis jeg var nyutdannet og kom hit. Hvis dette var min første jobb. Det tror jeg nok».

Her fokuserer psykolog 3 på egen kunnskap og styrkene dette gir i utøvelsen av profesjonen. Erfaring fra flere steder har gitt psykolog 3 kunnskap om de ulike avdelingene, deres lovverk og faglige preferanser. Hun blir derfor trygg på hva som skal til for å sikre videre løp for ungdommen i BUP eller VOP. Psykolog 1 er i VOP nå og tenker at det er positivt med metodiske tilnærminger for ungdommen.

«For eksempel, hvis man allikevel avslutter oppe på BUP med behandler som skal over i noe annet, eller at man har gjort en utredning og tenker at pasienten skal i et lengre løp. Eller at det for eksempel er sterk mistanke om personlighetsforstyrrelse. For det er jo den største forskjellen på bupp og voksenpsykiatri, er vel det at... BUP ser personlighetsforstyrrelsene, men har ikke noe diagnosesystem for de, mens vi setter personlighetsforstyrrelse, og har behandling for det også».

Psykolog 4 ser på egen fungering i jobben som et ledd i ungdommens sårbarhet:

«Det er veldig mye utredning, mye skriving, behandling, det er mange møter. Det er klart man blir sliten, fordi det også er mange samarbeidspartnere i BUP da. Man tar høyde for at det er flere foreldre, det er barnevernet, det er skole, det er kommune, ja det er mange som skal ofte inn og være med på å ha ett ord da. Da skal jo det her koordineres, det er mange kokker med i spillet.

Her har jeg to, og det sier jo litt. På BUP var det kanskje 20? På DPS var det 20 pluss for å være litt snill. Det kunne være langt mer enn det, husker jeg, men det varierte jo litt. Det var enkelte der som hadde rundt 40, så det er heftig. Det er klart, det er jo avhengig av hvilken rolle man har, og hvilken type pasienter. Ikke alltid antall mengde pasienter tilsvare arbeidsmengden.

Det er ikke noen likhetstegn på at man gikk rett over til DPS, for da tenkte jeg jo at problematikken her ikke var alvorlig nok hvis man kom inn på DPS da. Men det er selvfølgelig mer aktuelt hvis det er atferdsproblematikk, som da kanskje minner om personlighetsproblematikk. Det er da på en måte man tenker at her er det viktig at man kanskje samarbeide med DPS for å få glidende overganger. Det er ikke alltid like lett da. Fordi, hvis man begynner å jobbe, og tenke før pasienten er 18 år, så kan man kanskje få tilbakemelding på at pasienten må jo være 18 før man henviser eller. Jeg vet at man har begynt å samarbeide bedre rundt det her da».

Psykologen erkjenner at det kan være utfordrende når tiden og faget å ikke strekker til for å gjøre den jobben han vurderer er riktig. I et samarbeid er det ofte flere aktører med i gruppen, ikke roller overlapper hverandre slik at noen oppgaver må leges til for eksempel psykologen ut fra lovverk og jurisdiksjon. Dersom psykologene får for mange saker hvor problematikken er å anse som uregjerlig vil deres arbeidssituasjon settes på strekk og fleksibiliteten beskrives som innskrenket.

Psykolog 2 påpeker at det finnes verktøy for å koordinere arbeidet i saker hvor det krever samarbeid og planlegging:

«For meg er det litt nærliggende å tenke voksne da. Det har jeg, og det er jo ansvarsgruppemøter og individuell plan for dårlig voksne, men allikevel. Jeg er veldig komfortabel med individuell plan på papir og på nett, for det er et juridisk bindende dokument hvor en har jevnlig møter, og hvor en står til ansvar for hva som har skjedd siden sist. Og da er det jo nav, i voksenpsykiatrien da så var det jo barnevernet kanskje? Ja, og DPS, og kanskje akuttpsykiatrien. Kanskje pårørende og pasienter. Det syntes jeg har vært veldig bra egentlig».

Det psykolog 2 her beskriver er at ved å bruke for eksempel individuell plan som koordineringsverktøy og planverktøy i arbeidet vil arbeidet fortone seg mer oversiktlig og de ulike partene kan konsentrere seg om sine deloppgaver i samarbeidet.

Det finne i dag flere nettbaserte verktøy som kan sikre at alle deler av i samarbeidsgruppe kan følge med i ungdommens ulike livsområder som det jobbes med. Med dette mener jeg alle de delene som settes inn i en individuell plan. Nettbaserte verktøy skal ikke overta for mellommenneskelig kontakt og møter men kan være med å fremme samarbeid og forståelse og sikre at de ulike deltagerne i gruppen er orienterte om sakens ståsted til hvert møte.

Kapittel 5. Drøfting og valg av drøftingstemaer

Oppgavens problemstilling var: Hvilke faktorer påvirker samarbeidet rundt ungdommer i overgangene mellom BUP og VOPP? Sett i lys av San Martin Rodriguez (San Martín-Rodríguez et al., 2005a) og hans kategorisering av systemiske, organisasjonelle og systemiske determinanter som påvirker arbeidet.

Funnene i datainnsamlingen avdekker et sprikende lovverk, ulikheter i avdelingenes mandat og kultur. Diskrepansen mellom utdanning/ fag på den ene siden og arbeidsplassens forventninger er motstridende og fører til usikkerhet og famling. Mangelen på faste felles møteplasser forsterker usikkerheten hos psykologene og markerer avstanden og forskjellene. Forskjellene sees i form av jurisdiksjon og forsvar av eget revir. Styringsdokumentene er vage og gir råd men få eller ingen gir pålegg om samarbeid. Ungdommen blir sårbar med et lite tilgjengelig hjelpeapparat.

Diskrepansen mellom utdanning og fag på den ene siden og arbeidsplassens forventninger er motstridende og fører til usikkerhet og famling. Mangelen på faste felles møteplasser forsterker usikkerheten hos psykologene og markerer avstanden og forskjellene. Forskjellene sees i form av jurisdiksjon og forsvar av eget revir. Styringsdokumentene er vage og gir råd men få eller ingen gir pålegg om samarbeid. Ungdommen blir sårbar med et lite tilgjengelig hjelpeapparat. Jeg vil derfor i dette kapitlet drøfte disse temaene:

- arbeidsplassens organisering, kultur og mandatet har innvirkning på utførelsen av arbeidet.
- motstridende forventninger og jurisdiksjon
- det er forsket lite på hva manglende samarbeid gjør med ungdommene på sikt, mine tanker om hva eventuelt videre forskning kan handle om.

Abbott sin teori er rettet mot den enkelte profesjonsutøver sin plass i systemet og sentrerer sitt fokus på jurisdiksjonen i profesjonen (Abbott, 1988) og sett gjennom Abbott sitt perspektiv skal jeg drøfte mine funn. Ved bruk av hans teori er målet om mulig å forstå samarbeid på en annen måte. De systemiske faktorene San Martin viser til i sin teori reguleres av lover, forskrifter, jurisdiksjon, krav til inntjening og så videre, disse faktorene virker ifølge Abbott inn på arbeidshverdagen til de profesjonelle. Organisatoriske faktorer belyses i et institusjonelt perspektiv der koordinering og koordineringsproblematikk sammen med revirtenking utdypes. Casedesignet jeg her har brukt har gitt mange innspill fra psykologene og hvordan de tenker om og handler rundt samarbeid i sitt daglige virke. Psykologene ser pasienten ut i fra sitt ståsted, sin fagkunnskap og sine rammer i den setting de befinner seg i.

Samarbeid er et folkelig og kjent ord som brukes i mange sammenhenger, Elisabeth Willumsen skriver i sin bok om samarbeid som et kjent fenomen som er positivt ladet, helt til man begynner å snakke om eller formalisere samarbeidet. (Willumsen, 2009)

Det finnes flere definisjoner på samarbeid men jeg velger her å definere samarbeid som:

En arena der to eller flere finner det nyttig å bruke hverandres kompetanse og velger å dele ansvar for å øke effektiviteten eller effekten av å arbeide sammen i den hensikt å gjøre tilbudet sømløst og edukativt for alle parter slik at pasienten kan sees fra flere vinkler og minske graden av sårbarhet. Fritt oversatt fra boken Manging to Collaborate.(Sydow, 2006).

Interne skiller som påvirker samarbeid rundt de unge.

Spesialisthelsetjenesten er splittet opp i avdelinger for barn og avdelinger for voksne. De ulike avdelingene opererer med ulike lovverk og diagnosesystemer for barn og voksne. På bakgrunn av dette bruker de ulikt verktøy og ulik behandlingsmetodikk. Ulikheter i mandat, lovverk og organisering bidrar til å øke sårbarhetsfaren hos de unge ved overganger.

Et av funnene: Arbeidsplassens organisering, kultur og mandatet har innvirkning på utførelsen av arbeidet. Psykologene beskriver at de møter sårbare unge som møtes av et hjelpesystem med tydelige organisatoriske oppsplittinger for overganger mellom nivåene.

På lokalt plan har organisasjonene planverk for å styre, korrigere og opprettholde arbeidet mot målene og kvalitetsindikatorerne. Avdelingene lønnes for det arbeid som gjøre innad i avdelingen og ikke ustrakt arbeid som møter med samarbeidspartnere osv. Planer om samarbeid og hvordan de tilrettelegger for de ulike behovene de unge har blir å anse som symboler for driften og et tomt signal om at vi er på vei i en endringssirkel: planlegge, iverksette, evaluere, planlegge på nytt, iverksette osv. (Vabo & Vabø, 2014) Slikt arbeid som skal prøves ut, evalueres og forbedres er håndterlig når ungdommen skal ha hjelp fra et sted eller av en avdeling, men blir snart uregjerlig når flere instanser kobles inn i prosessen. Det blir umulig for psykologene i BUP å planlegge videre behandling for ungdommen, når veien videre mot VOP eller andre hjelpeinstanser er uklar.

Ungdommen og deres nettverk kan stille spørsmål om arbeidet psykologene i BUP gjør ikke er grundig nok. Funnene i den psykologiske utredningen samles = utredning. Den profesjonelles evne til abstraksjon vil påvirke hvordan den profesjonelle evner å sortere informasjonen i relevant og irrelevant kunnskap i denne sammenheng (noen ganger kan pasientene oppleve at deres syn og behandlers syn ikke er forenlig og at de derfor ikke blir tatt på alvor). (Støkken & Nylehn, 2002) Den relevante og nyttige informasjonen psykologen samler inn under utredning oversettes og settes inn i de profesjonelles språk og klassifikasjonssystemer i den del av spesialisthelsetjenesten hvor psykologen arbeider = diagnostisering. Diagnosen blir tydelig og hjelper den profesjonelle til å forstå hvordan han best kan hjelpe ungdommen = behandling.

Dersom psykologen ikke har noen klar kategori å merke ungdommens problemer (manglende diagnose) med vil psykologen videre mangle verktøy å møte problemet med (manglende behandlingsmetodikk). Et annet poeng med å finne rett diagnose eller problem er de rettigheter noen diagnoser gir ved vurderingen om rett til behandling i sykehuset. Diagnosen indikerer alvorlighetsgrad, ventetid for oppstart i behandling og hva slags type behandling

som er anbefalt for denne lidelsen. Slik BUP og VOP i dag er organisert med ulike rammer og kvalifiseringssystemer for rett til behandling kan det fort skje at ungdommen ved utskrivelse fra BUP ikke har videre rett til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Ulike diagnoser trenger ulike tilnæringsmetoder eller inngrep i form av medisiner, kirurgi, samtalerapi og i mange tilfeller sosialt arbeid. Utredning og diagnostisering er ikke en enkel prosess og ungdommens tilstand endres raskt når de er i utvikling. (Støkken & Nylehn, 2002)

Psykolog 4 beskriver at det er vanskelig å gi rett behandling når man er usikker på hva som feiler ungdommen. Å sette diagnose er psykologene opplært til i utdanningen og gitt autorisasjon for å gjøre etter endt utdanning, men en diagnose er en form for merkelapp ungdommen nødvendigvis ikke vil tjene på å ha i lengden..

Psykologene kommer ut av akademiene med en relativt lik grunnutdanning fra universitet. De er skolert gjennom teori, utviklet identitet med faget, øvd inn og etablert yrkesetiske retningslinjer, konstruert og utformet utredning og behandlingsplaner i tråd med den Hipokratiske eden og prøvd seg i praksis. De har blitt veiledet og vil fortsatt bli veiledet etter endt utdanning av en kollega fra samme profesjon med lengre erfaring på den arbeidsplassen der de blir tilsatt. (Abbott, 1988). Psykologene tas imot på en arbeidsplass som har sin kultur, sitt lovverk, sin forståelse av hva de skal utføre/mandatet og et system med veiledere og retningslinjer som fungerer som guider i arbeidet.

Å handle i tråd med faget på tvers av organisasjonen kan bety at de «forlater avdelingen» og derfor vil mangle tilgang på samarbeidspartnere i egen avdeling. Psykologer som våger å bryte med egne kollegaer for å møte andre samarbeidspartnere som representerer et annet lovverk eller gir tjenester de ikke er kjent med bryter ut av reviret psykologene har i avdelingen. Revirets hensikt er i all hovedsak å verne faget, samholdet og den interne tilknytningen i avdelingen preger psykologenes utøvelse av faget. (Abbott, 1988) En konsekvens av slikt brudd kan bli at psykologen kan møte på utfordringer som kan bli for komplekse å løse alene. Psykologene er skolert i å gi behandling til de som ønsker det gitt at pasientene velger å møte til behandlingen. For å minne oss på hvordan de to poliklinikkene er organisert og hva de skal utføre har jeg laget en grov oversikt over de to poliklinikkens rammer.

Rammene I BUP:

- Ikke klare diagnoser (for vår målgruppe), symptomtrykk og beskrivelser fra nettverket er med å grunnlag for utredning/behandling
- De samarbeider mer med ungdommens nettverk en med ungdommen (som psykolog 5 sa; vi jobber på oppdrag fra andre)
- De har en kultur for i tvilstilfeller å ikke sette diagnoser. Dette med bakgrunn i en forståelse om at ungdom stadig er i utvikling og endring, samt at ungdom kan slite med psykiske problemer som symptomer for forskjellige ting men som jamfør psykologien ikke er å anse som sykdom men vansker.
- Deres fagkunnskap og kjennskap til ofte behandlingstrett ungdom gir en erkjennelse av at de ikke kan bare «føre ungdommen» over til VOP.

- Veiledning og spesialisering skjer under veiledning av egen profesjon.
- Produksjonskrav og dokumentasjonskrav belønnes fremfor samhandling og ikke takster bare oppgaver.
- Pasienten er fritatt fra egenandel ved konsultasjon.
- Det finnes ingen møteplasser for samhandling rigget til av organisasjonen.

Rammene I VOP:

- Klare inklusjonskriterier hvor kost/nytte er en av faktorene.
- Pasientene er myndige og kan selv velge om de vil inkludere andre i egen behandling og om de vil behandling, de er stort sett kommet av eget ønske.
- De har et krav om å utrede/sette symptom diagnose for så å sette en reell diagnose eventuelt erklære pasienten frisk.
- Det finnes evidencebaserte metoder for behandling.
- Aktiviteten måles etter produksjonskrav, samhandling og veiledning er ikke en oppgave som belønnes med takster eller telles i aktivtetsatallene.
- Pasienten må betale egenandel pr konsultasjon.
- Det finnes ingen møteplasser for samhandling rigget til av organisasjonen.
- Veiledning og spesialisering skjer under veiledning av egen profesjon.

Mine funn viser at det er vanskelig å vurdere om pasienten har rett eller ikke rett til utredning/behandling selv med muligheter for å søke råd i førende dokumenter som Prioriteringsveilederen, lover og forskrifter som er retningsgivende for arbeidet. Taushetsplikten hindrer henviser i å se vurderingen som legges til grunn for avslag i VOP. Funnene i undersøkelsen her viser at dette medfører usikkerhet og famling da psykologene ikke med sikkerhet ikke vet hvordan de best kan utforme gode henvisninger for å få til vellykkede overføringer til det beste for ungdommene. I artikkelen til Breimo (Breimo et al., 2015) beskrives ungdommenes egne historier vedr overganger i hjelpeapparatet. Breimo konklusjoner støtter mine funn med at BUPP og det barnerettede hjelpeapparatets omsorgspregede tilnærminger ikke evner å forberede ungdommene godt nok til å møte et hjelpeapparat for voksne som er å større grad er sentrert om autonomi, rettigheter og plikter.

De unge modnes ulikt, har andre symptomer enn de voksne og trenger ulik grad av støtte og hjelp. De unge er usikre og de vet ikke alltid hva de vil ha eller hva de trenger av bistand for å komme videre. (Breimo et al., 2015) Det er hjemlet i lov at pasientene har rett til en koordinert og individuell plan, det er et paradoks at de som trenger slike planer mest kan hende er de ungdommene som blir værende mellom deler eller stående utenfor hjelpeapparatet.

Motstridende behov i overgangene mellom BUP og VOP

Overgangene kan som vi så ovenfor kompliseres ved motstridende forventinger og jurisdiksjon avdelingene imellom.

Mellomrommet som skiller avdelingene eller nivåene kan ifølge psykologene ha bakgrunn i manglende møteplasser, ikke formalisert samarbeid, lite kommunikasjon og ingen forbindelse mellom avdelingene. De beskriver at dette syntes som elementære årsaker til at overganger bidrar til å komplisere utviklingen og gjør ungdommene ytterligere sårbare. Videre påpeker en psykolog at psykologens erfaring, kompetanse og kunnskap er sentralt for å bygge opp en god nok henvisning for å få ungdommene videre i hjelpesystemet fra BUP til VOP.

Selv om spesialisthelsetjenesten er organisert i ett og samme helseforetak jobber de under flere lovverk som gjelder for gitte grupper eller rammer for driften. Fag møter fag og profesjonsutøvere møter profesjonsutøvere.

Helseforetakene er et flerdelt vesen med organisatoriske oppsplittinger både i foretaket og innad i det enkelte sykehus, som har flere avdelinger og underliggende seksjoner. Når ungdommene er i behov av tjenester ut over den tiden de kan være i BUP flyttes de fra en kultur basert på omsorg og en tradisjon som i stor grad og samhandler med eller via nettverket til ungdommen. VOP og andre enheter som er tilrettelagt for voksne kjennes ofte ved en kultur dominert av tanken om å gjøre pasientene selvstendige og hvor retten til behandling sidestilles med plikter om å selv være delaktig i prosessen. Forskjellene finner man igjen i lovverket og hvordan behandlingstilbudet er organisert.

Støkken og Nylhen (Støkken & Nylehn, 2002) beskriver at de profesjonelle i noen tilfeller venter for mye av sine pasienter og forlanger at de skal opptre ansvarlig og etter den kutyme de profesjonelle selv opptre innenfor. En slik forventning kan på de unge slå feil ut, spesielt med tanke på at de unge kommer fra en annerledes kultur i barneverden. Psykolog 3 (kommunen) beskriver at de unge noen ganger må ventes ut, at de trenger tid. Utsagnet støttes for øvrig også av Lisbeth Kvarme (Kvarme, 2017). De unge trenger en slags tilvenning til de nye kravene som vil komme etter BUP og trenger støtte under endringen. Manglende samarbeid hvor ungdommen er med i prosessen gjør de unge sårbare i overgangene.

I helseforetakene organiseres hver enkelt seksjon seksjonene som selvstendig enhet og drives med egne mål. Seksjonene har i liten grad klare krav på seg til å legge til rette for samarbeid og samhandling med andre instanser. Hver seksjon blir målt og vurdert ut ifra det målbare arbeidet og den produksjonen som produseres innad i seksjonen. Oppgaver, møter eller koordinering for oppstart av f.eks individuelle planer, ansvarsgrupper og samarbeidsmøter kan ikke telles og blir ikke belønnet ut i fra takstsystemet. Det offentlige har som tidligere beskrevet en rekke dokumenter og veiledere som kan brukes for å tilrettelegge for koordinering og samarbeid. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Sykehusene er i dag i ferd med å implementere pakkeforløp og forløpskoordinatorer for bestemte diagnosegrupper. Det vil bety at ungdom som utredes fortsatt skal vektas i henhold til Prioriteringsveilederen en offentlig guide og retningslinje for vurdering av pasientenes rettigheter til

utredning/behandling. ("Prioriteringer, psykisk helsevern," 2008) Veilederen angir alvorlighetsgrad og maksimal ventetid for oppstart av behandling for lidelsen det er henvist for. Veilederen sier ikke noe om nødvendig bemanningstetthet eller ressurser av annet slag for å løse oppgavene.

BUP har som VOP produksjonskrav men det er ifølge psykolog 5 ikke gitt at det må være en lege eller psykolog som gir behandlingen men det må være en lege eller en psykolog som er ansvarlig for utredning og eventuelt valg av diagnose. Psykologene beskriver at de i BUP kan møte ungdom som de ut i fra diagnostiske verktøy kan sette diagnoser på ved 16 års alder, men ut ifra legalitet og de ulike diagnosesystemer kan de ikke benytte seg av diagnosene for voksne. Dette medfører at de ei heller har muligheter for å tilby flere former for evidencebasert behandling for lidelsene som de ser ungdommen utvikler. Dilemmaet blir da at psykologene sitter på kunnskapen men kan ikke benytte den grunnet de ulike skillene i lovverk og diagnosesystemene. Videre beskriver psykologene at de ikke har ressurser i form av tid til å jobbe med ungdommen slik de ut ifra faget tenker at de burde gjøre. Psykologene i undersøkelsen hevder at det i BUP er vanlig at de sosialfaglige og nettverksorienterte metodene som sosionomer, vernepleiere og så videre benytter seg av fortsatt står sterkt i klinikken da de u nge er i behov av en omsorgs og nettverksbasert tilnærming.

Hva betyr det for psykologene at de ender midt opp i en konflikt der motstridende forhold må prioriteres og de selv og at de blir den inneklemt part i saken? For å forsvare og holde på sin faglighet/kunnskap og jurisdiksjon vil psykologene, og andre profesjonelle, utvikle og favorisere arbeidsformer og pasientgrupper som vil forsvare deres eksistens og legitimere deres behov. Arbeidsformene, fagspråket og jurisdiksjonen vil oppleves som en styrking av fellesskapet og beskytte jurisdiksjonen. (Vabo & Vabø, 2014). Som eksempel kan vi nevne evidencebasert behandlings metodikker utviklet for å behandle for eksempel personlighetsforstyrrelser, tvangslidelser og ADHD med flere. Det store dilemmaet beskriver psykologene er når ungdommen av ulike årsaker ikke har rett til eller er i posisjon til å komme gjennom nåløyet for behandling. Psykologene beskriver at de da ved bruk av sin kunnskap kan ha gode ideer for tilnærminger og intervensjoner som kan hjelpe ungdommen men at de på grunn av avdelingens mandat ikke skal utøve sin kunnskap. Psykologene beskriver at de i slike tilfeller strekker seg så langt de kan for å hjelpe men at de i flere saker ikke får til det de ønsker. Når ungdommen så er uten rettigheter fordi faglighet, kultur og mandatet tilsier at de ikke skal sette ungdom under utvikling i «diagnostiske» bokser kan det bli trøblete for både ungdommen og psykologen.

Psykolog 3 (kommune) påpeker at kunnskapen hun har som spesialist, relasjonene hun har fått i spesialiseringsløpet og fagterminologien er fordeler å ha med seg i samarbeid.

Omgivelsene/systemene eller profesjonsutdanningen gjør psykologen sterk i troen på egen rolle og faget. Faget og utøvelsen av denne gir legitimitet hos andre kollegaer, den skal beskyttes og bevares for utvanning og trusler mot profesjonen, faget har blitt den profesjonelles revir hvor hun kan snakke med andre i samme revir. (Støkken & Nylehn, 2002).

Vi har sett tidligere at det i BUP sin kultur er grunnleggende å tenke at flere profesjoner skal trekkes inn i utredning og behandling av pasientene. Dette medfører at profesjonen her må løsne litt på lojalitet til eget fag, lytte på kollegaer og lære av kollegaer med andre profesjoner. Styrken blir at det er flere som kjenner til pasienten og kan møte pasientens behov dersom den ansvarlige for ungdommen ikke er tilstede ved akutte henvendelser.

Team har en styrke jamfør individbaserte tilbud da de kan dekke opp for hverandre ved sykefravær kurs eller andre forhold som medfører personers fravær fra arbeidet. Flere personer involvert i arbeidet, gjør ungdommen mindre sårbar. Abbott (Abbott, 1988) beskriver at slikt samarbeid kan svekke jurisdiksjonen i noe grad men på en annen side fremme utvikling og en tilby en bredere og bedre tilnærming overfor pasienten.

VOP sine utdanningskandidater veiledes av egen profesjon og har tydelige strukturer for opprettholdelse av egne jurisdiksjoner.

I VOP er det i all hovedsak behandlere med profesjonsutdanning som et tilsatt. De arbeider mindre i team, selv om de i noe grad tilbyr gruppebehandling. Inntaksteamet er det nærmeste de kommer tverrprofesjonalitet. VOP har som andre fagfelt og avdelinger i sykehusene egen prioriteringsveileder som angir rett til utredning eller behandling jfr diagnosesystemets alvorlighetsgrad.

Økonomi og Public Management

Sykehusene har de senere årene ansatt ledere som ikke innehar profesjonsutdanning og dette har medført heftige diskusjoner om leger kan bli ledet av ikke leger eventuelt hvilke oppgaver eller former for behandling som skal tilbys osv. De profesjonelle vil beholde sin makt over faget og klinikken, mens administrasjonen i sykehusene vil svekke de profesjonelles makt og innflytelse over organiseringen av arbeidet. Sykehusene ledes i stor grad av New Public Management og denne formen for styring ser ut til å ha fått fotfeste i helseforetakene. (Støkken & Nylehn, 2002)

Psykolog 4 beskriver at produksjonskravet og dokumentasjonskravet er tydelig i VOP. Lojaliteten til faget og utøvelsen av behandling, evaluering og eventuelt ny behandling sterkt i VOP. Profesjonene i VOP og andre avdelinger hvor de profesjonelle arbeider ledes i all hovedsak av ledere med profesjonsutdanning. (Støkken & Nylehn, 2002) VOP er underlagt eget takst system. Samhandling og samarbeid med andre utenfor avdelingen er en oppgave som ikke dekkes av en takst, noe som setter tid for samarbeid nedover på prioriteringslisten. Psykolog 3 beskriver at hun i kommunen ikke avvises når hun tar kontakt med BUP eller VOP: Videre understreker hun at det å være spesialist i egen profesjon gir økt legitimitet og kan forklare samholdet hun opplever når hun tar kontakt med BUP eller VOP.

Samhandling og relasjon

Det beskrives at ungdommens alder kan for psykologene i BUP være til hinder for å utøve faget og benytte verktøy rettet mot ulike problemer/diagnoser, videre kan utsagn fra Sanners bok (Sanner & Forandringsfabrikken, 2017) om at ungdommene selv ønsker å være involvert i egen behandling være utfordrende for kulturen i BUP hvor de har stort fokus på å samarbeide med voksne rundt ungdommen. Psykologifaget og profesjonskunnskap er anvendbar på begge avdelinger og de profesjonelles evne til å følge opp isformiene om hvordan en avdeling må se ut beskrives i intervjuene å være tilstede. Eksempler om at ungdom blir trette av behandling eller trette av hjelpeapparatet kan godt sees i sammenheng med at avdelingene ikke har til intensjon å møte ungdommen der hvor de er. Organisasjonen preges av og gjemmes bak lovverk, vilkår for behandling og interne kvalitetsindikatorer. Psykologene beskriver på en annen side at deres erfaring, deres relasjoner og kjennskap til faget og systemene/samarbeidspartnere kan hjelpe ungdommene videre. Psykologene forteller om manglede møteplasser, ikke formalisert samarbeid, lite kommunikasjon og ingen forbindelse mellom avdelingene som sentrale årsaker til at overganger bidrar til å komplisere utviklingen og gjør ungdommene ytterligere sårbare.

Overganger for ungdommene betyr at de må gå fra en kultur og en binding til barnepsykologene i BUP til en annen kultur og binding til psykologene i VOP, hvor profesjonsmakten sitter annerledes enn i BUP. De som påvirker kulturen og arbeidet i BUP er ikke de samme personene som utøver dette i VOP.

Abbott skriver om profesjonens makt og de roller de profesjonelle har i samfunnet. I et samarbeid der profesjonen besitter egen jurisdiksjon i forhold til at de kan utføre gitte oppgaver ikke alle har lov eller kunnskap om å utføre kan det bli ulik grad av profesjonell makt i samarbeidet. (Abbott, 1988)

Ofte har slike interessekonflikter utspilt seg mellom ulike profesjoner, men her kan vi se at det utspiller seg en profesjonskonflikt innad i profesjonen. Rodriguez (San Martín-Rodríguez et al., 2005a) poengterer utdanningsinstitusjonenes vesentlige rolle i utformingen av nye profesjonelle. Nyutdannede profesjonsutøvere skal gjennom skolering og praksis settes i stand til å samarbeide med egne og andre profesjoner. Han skriver om de profesjonelles roller som et mulig hinder for å kommunisere godt og samarbeide med andre. Dette kan forstås med at enkelte profesjoner som her psykologene innehar dype kulturelle tradisjoner og jurisdiksjoner for hvordan et arbeid skal utføres eller oppgaver løses. Denne formen for binding til faget medfører et eget syn på hvordan en oppgaver kan løses og kan være hemmende i samhandlingen med andre profesjoner. En tett og inkluderende tilknytning på arbeidsplassen med mange møter med egne kolleger og få sjelden møter med andre samarbeidsforbindelser styrker denne bindingen. Det betyr at psykologene gjennom sin binding til eget fagfelt, dets kollegaer og kollektiv er hindret eller hemmet i den frie utfoldelse av faget sammen med noen utenfor eget kollegium. Hemningene ligger i å beskytte profesjonens makt, jurisdiksjon eller da også det revir psykologene arbeider inn under. Faget må holdes høyt oppe og kunnskapen kan ikke bli for allmenn, det spesifikke, det spesielle og særskilte må forskes på,

dokumenteres og benyttes etter kvalifiserte programmer. (Støkken & Nylehn, 2002) Som beskrevet har BUP og VOP ulike lovverk, eget særskilt mandat og kultur og vi kan gjennom informasjonen i intervjuene se at psykologene beskytter sine revir og sitt mandat. På BUP opprettholder de den åpne tanke om at mennesket er under utvikling og at sykdom/plager eller lidelser kan endres over tid. De handler og behandler i tråd med sitt lovverk, sin forståelse av faget og tolkning av mandatet. På VOP er de med bakgrunn i lovverk og mandat mer bundet av rettigheter, plikter og behandlings metodikk utviklet for å hjelpe de voksne.

Manglende forståelse eller feilaktige forventninger til hverandres rom for utøvelse av hjelpen eller kunnskap om pasienten kan oppleves som maktdominans. På en annen side kan en profesjonsutøver oppleve inntrengere i eget fag eller på egen avdeling som en trussel mot eget virke og egen jurisdiksjon. Sterk utøvelse av makt for å skjerme jurisdiksjon vil ramme hovedsakelig flere deler av samarbeid.

Makten påvirker samarbeidet på overordnet og politisk nivå. De som besitter makten kan utføre oppgavene, og hindre andre med konkurrerende kunnskap å komme på banen. Noen oppgaver vil fortsatt være bundet til noen få med særskilt kunnskap og det etterspørsel lager kø da godene er færre enn tilbudet. (Abbott, 1988)

Maktutøvelse kan medføre at pasientene mister verdifull hjelp og pasienten koster fortsatt samfunnet tid, energi og ressurser.

I VOP er fokuset langt mer styrt av spørsmålet om patologi eller sykdom som evt gir rett til utredning/behandling. Psykologene er opptatt av å benytte programmer og teknikker i behandlingen som kjent og som arbeidsgiver støtter opp under. På denne måten opprettholdes balansen og roen i avdelingen og det oppleves av omverdenen som om det utøves stor grad av kontroll. Psykologene kan ved siden av arbeide i ro og de får tid til å implementere og forske på de anliggender de selv syntes er interessante, når de beholder makten. (Abbott, 1988) Når de da får henvist ungdom med vansker, men hvis utfordring ikke faller inn under det de syntes er spesielt interessant eller etter faglig skjønn alvorlig nok kan de avvise saken ved å henvise til diagnosesystemet, veiledere og mandat.

Maktutøvelse eller mangel på samarbeid kan medføre at arbeidsplassen eller avdelingene som skal bistå pasienten nå og fremover blir stående alene med pasienten og hjelperne kommer ikke videre. Dette medfører at andre pasienter i behandlingsskø igjen må vente på hjelp. (Abbott, 1988)

Tidligere i denne oppgavens har vi sett på de store linjene rundt profesjonenes rammer og etablering av rammer og jurisdiksjon. I en fagverden der bare pasienten er tilstede hele tiden eller i et felt hvor varen vi leverer er diffus, vag og vanskelig å observere eller måle vil vårt fokus søkes mot det vi kan se og oppfatte. Vi bedømmer det meste ut i fra hvordan personer eller organisasjoner fremstår. Mia Vabø skriver i boken Velferdens organisering om emosjonelt arbeid som taus politikk om behandleres evne gjennom egen oppførsel og bruk av egne emosjoner til å påvirke pasientens sinnsstemning. Slikt arbeid foregår i alle organisasjoner der mennesker møtes, men er særskilt sentral i organisasjoner som behandler menneskers psykiske vansker, lidelser eller sosiale problemer. Hensikten i arbeidet er å trygge

pasienten til selv å ta skrittene videre for økt mestring og selvstendighet. Behandling kan medføre smerte enten fysisk eller psykisk så behandlerens rolle er i all behandling sentrert om å få pasienten til å føle seg om et verdifullt menneske gjennom hele prosessen. Tilfredse pasienter forholder seg rolig og gir arbeidsro til behandlerne. Psykologene planlegger sine rutiner og oppgaver på en systematisk og rasjonell måte men er hele tiden bevist pasientens situasjon og må håndtere det emosjonelle aspektet hos motparten på en profesjonell måte, litt som en skuespiller.(Vabo & Vabø, 2014) .

Kapittel 6. Konklusjon

Tanken bak denne studien var å finne svar på hovedproblemstillingen:

Hvilke faktorer påvirker samarbeidet rundt ungdommer i overgangene mellom psykologenes sykehusets Barne og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) og sykehusets og voksenpsykiatriske poliklinikk (VOPP)?

I denne avhandlingen har jeg benyttet et teoretisk rammeverk for å løfte fram, forstå og drøfte relevante og interessante funn. Psykologenes handlingsrom, deres tilknytning til faget og fagets profesjonsetiske retningslinjer og deres jurisdiksjon er beskrevet. Psykologenes arbeidsplasser er regulert av lover og forskrifter som det er viktig å hensyn ta når vi drøfter deres muligheter for interaksjon med andre psykologer eller representanter som også gir ungdom behandling eller tjenester. Jeg har introdusert teori knyttet arbeidsplasser med egen kultur og formelle og uformelle maktkamper som utspiller seg i det uformelle rom. Jeg har forsøkt å beskrive litt om psykologer i BUP og VOP sine rammer og muligheter for å hjelpe ungdom med komplekse og til dels uregjerlige problemer.

En presentasjon av oppgavens metodiske tilnærming er belyst i introduksjon av forskningsmetode, intervju teknikk og hvordan jeg har kodet eller sortert de samlede data eller funnene. Kvalitativ forskning er problemorientert empirisme og har i all hovedsak utgangspunkt i problemer som er viktige for samfunnet å finne løsninger på. For å kunne gå i dybden etter søken på ny kunnskap intervjuet jeg fem psykologer med erfaring både fra BUP og VOP. Som metode brukte jeg kvalitative intervjuer i semistrukturert form.

Deretter følger presentasjon av funn som er drøftet opp mot det teoretiske rammeverket. Oppgaven avsluttes med en oppsummerende konklusjon.

Funnene i datainnsamlingen avdekker begrensninger for samhandling i form av et sprikende lovverk, ulikheter i avdelingenes mandat og kultur. Diskrepansen mellom utdanning og fag på den ene siden og arbeidsplassens forventninger på den andre siden er motstridende. De sprikende kravene beskrives av psykologene som en faktor som fører til at de blir usikre og famler i forhold til samarbeid. Mangelen på faste felles møteplasser forsterker usikkerheten hos psykologene og markerer avstanden og forskjellene mellom BUP og VOP. Forskjellene sees i form av jurisdiksjon, forsvar av eget revir og som en konsekvens av avdelingens lovverk, takst system, mandat og målstyring. Styringsdokumentene er vage og gir råd men få eller ingen gir pålegg om samarbeid. Ungdommen blir sårbar med et lite tilgjengelig hjelpeapparat.

Funnene i datainnsamlingen avdekker fremmere for samhandling i form av tverrfaglighet som sikrer at ungdommen blir sett fra flere vinkler når de utredes. En slik bredde kan sikre at andre behov som faller utenfor ungdommens behandling på BUP kan ivaretas ved å varsle andre deler hjelpeapparatet. Samhandling med øvrig hjelpeapparat fremmer forståelsen av ungdommen og styrker samarbeidet og relasjonene. Samhandling kan skje direkte og

indirekte ved for eksempel veiledning av nettverk og eller ved bruk av nettbaserte programmer for dialog mellom møter.

Ingen av psykologene i denne undersøkelsen nevnte noe om behov for mer tilpassede tilbud for målgruppen som sliter med skolevegring, skoleskulk, angst og depresjon.

Likheter med tidligere forskning

Funnene i denne avhandlingen forstås i lys av San Martín Rodríguez sine determinanter for samarbeid. (San Martín-Rodríguez et al., 2005a) Determinanter i form av organisasjonens, relasjonens og de systemiske forhold som sentrale elementer for en teoretisk ramme for å forstå samarbeid er benyttet. Abbotts teorier om jurisdiksjon på arbeidsplassen er brukt for å forstå handlingsrommet psykologene ved BUP og VOP har for å få til et samarbeid rundt ungdom som er i behov av sammensatte og koordinerte tjenester.

Utgangspunktet for undersøkelsen har bakgrunn i fra egne erfaringer fra feltet og med støtte i litteratur og forskning funnene i denne undersøkelsen.

Funnene i datainnsamlingen avdekker et sprikende lovverk, ulikheter i avdelingenes mandat og kultur. Diskrepansen mellom utdanning/ fag på den ene siden og arbeidsplassens forventninger er motstridende og fører til usikkerhet og famling. Mangelen på faste felles møteplasser forsterker usikkerheten hos psykologene og markerer avstanden og forskjellene. Forskjellene sees i form av jurisdiksjon og forsvar av eget revir. Styringsdokumentene er vage og gir råd men få eller ingen gir pålegg om samarbeid. Ungdommen blir sårbar med et lite tilgjengelig hjelpeapparat. Det var i all hovedsak ikke ungdommene som var gjenstand for hovedfokuset i denne oppgaven, men det er i all hovedsak ungdommen som blir den tapende part i behandlingsforløpet.

Funnene er i samsvar med San Martín Rodríguez (San Martín-Rodríguez et al., 2005a) og Abbotts (Abbott, 1988) sine funn og teorier. Jeg har gjennom min egen undersøkelse funnet at San Martín Rodríguez sin teori om organiseringens determinanter, systemenes determinanter de relasjonelle determinantene sammen med Abbotts beskrivelser av jurisdiksjon er gjenkjennbare. Jeg er enig i at det er flere sentrale forhold som påvirker de profesjonelle i hvordan de utfører sitt daglige arbeid. Funnene i denne oppgaven avdekker at organisasjonens fokus på måloppnåelse, styring av handlingsrommet og begrensinger i de profesjonelles valgfrihet fremmer maktkamper og forsvar av privat praksis hos de profesjonelle. De politiske kravene, de overordnede pålegg og foretakenes måleparameter hensyn tar i liten grad de profesjonelles muligheter for utvikling av faget. Parallelt har de profesjonelle behov for opprettholdelse av eget revir og jurisdiksjon. Funnene i avhandlingen viser det er flere determinanter som inntreffer og virker hemmende for godt samarbeid. Når jeg som forsker ser på psykologene i BUP og VOP som to uavhengige avdelinger (glemmer at de er i ett og samme sykehus i en behandlingsskjede) kan jeg forstå at psykologene verner om faget samtidig som de lojalt følger arbeidsplassens krav om produksjon, prosedyrer og så videre.

Det blir med denne forståelse lite tid og rom for utstrakt arbeid som deltagelse på møter og så videre. Jeg tror at årsaken til at psykologenes beskrevne mangel på samhandling ikke handler om at de ikke kan, vil eller ønsker å samarbeide. Jeg vurderer ut i fra mine funn at de profesjonelles muligheter for å tilfredsstille de mortsridende forventinger og krav hindrer de i å velge samarbeid fremfor pålagte oppgaver og produksjonskrav. Dersom styringsmakten finner mer fleksible organiseringsmåter og økonomisk uttelling kan lokal administrasjon tilrettelegge for flere møteplasser og økt grad samhandling mellom BUP og VOP. Samhandling og kunnskapsutveksling vil styrke de profesjonelles ønske å tilrettelegge i overgangene med mål om å oppnå det beste for ungdommen.

Videre forskning.

Pasientenes økende kunnskap og muligheter og rettigheter, deres etterspørsel og krav vil fremtidig gi utfordringer til de profesjonelle i forhold til økt fleksibilitet. Styringsmaktene utfordres til å finne andre former for organisering som ivaretar økende grad av vekslinger i tilbudene, økt variasjon og større grad av individuelle tilpasninger. (Vabo & Vabø, 2014) De sosiale relasjonene og ferdighetene som inngår i arbeidsutførelsen til psykologene vil få økt etterspørsel noe som vil komplisere den vanlige byråkratiske tankegangen og organiseringen av offentlige tilbud. De ovennevnte faktorer vil kreve økt samarbeid, teamforståelse og nettverk og teamorganisering.

Det er forsket lite på hva det gjør med de unge som ikke får tilbud de er i behov av og det er forsket lite på hvordan profesjonelles om arbeider under mer fleksible organiseringsformer som team og nettverk klarer å opprettholde og forsvare sin legitimitet som profesjonell. Dette er begge områder som jeg gjerne skulle ha forsket mer på.

Referanser

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Breimo, J. P., Sandvin, J. T., & Thommesen, H. (2015). Trøblete overganger i et aldersdelt hjelpeapparat.
- Bukve, O., & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforl.
- D'Aunno, T. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease: Arguments for the Importance of Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 85-87. doi:10.1097/00004010-200101000-00006
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research* (4th ed. ed.). Los Angeles: Sage.
- Dine rettigheter i spesialisthelsetjenesten*. (2012). ([2 utg.] ed.). Oslo: Fritt sykehusvalg Norge Helsedirektoratet.
- Fossum, S., Vis, S. A. M., Rustad, K. B., Lauritzen, C., & Ottosen, A. (2015). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge ; en litteraturgjennomgang. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 92, 282-297.
- Heiret, J. (2003). Profesjoner og profesjonsbegreper i norsk historieforskning. *Historisk tidsskrift*, 82(03), 201-228.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser* In.
- Helsedirektoratet. (2014). *Status for samhandlingsreformen : forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet juni 2014*. In Rapport / Helsedirektoratet.
- Jensen, B. (1986). *Samordning i helse- og sosialtjenesten* (Vol. 1986:4). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kjellebold, A. (2012). *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen : med kommentarer*. Bergen: Fagbokforl.
- Kvarme, L. G. (2017). *Sårbare skolebarn : trivsel og helse for barn med psykososiale utfordringer*. Bergen: Fagbokforl.
- Langøy, E. E., Rune, K., & Jon Olav, M. (2016). Tilpasning til voksenlivet – samspillet mellom generelle lærevansker, psykososiale vansker og spesialpedagogiske hjelpetiltak. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 221-240.
- Legeforeningen.no. (2018). Om legeforeningen.
- Lov om spesialisthelsetjenester*. (1997). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Lønning, I., & Norge, P. (1997). *Prioritering på ny : gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste : utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 31. mai 1996 : avgitt til Sosial- og helsedepartementet 15. mai 1997*. In Norges offentlige utredninger (tidsskrift : online), Vol. NOU 1997:18.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Norge Sosial- og h., & Norge Kirke, u.-o. f. (2001). *Lov om helsepersonell m.v* (Vol. 20/2001). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Nygaard, E., & Kårikstad, V. (2008). *Psykisk helsevern for voksne : prioriteringsveileder*. In Veileder / Helsedirektoratet.
- Om barne- og ungdomsvernet*. (2002). (Vol. nr. 40 (2001-2002)). Oslo: Departementet.
- Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern : (psykiatriloven)*. (1998). (Vol. nr 11 (1998-99)). Oslo: Departementet.
- Ose, S. O. (2012). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Teknologi og samfunn, avd Helse.

- Ose, S. O., Silje, L. K., & Ivar, P. (2012). Psykisk helsearbeid i norske kommuner: Tallenes tale. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9, 226-239.
- Prioriteringer, psykisk helsevern. (2008). 47.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005a). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 132-147. doi:10.1080/13561820500082677
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005b). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), 132-147. doi:10.1080/13561820500082677
- Sanner, M., & Forandringsfabrikken, k. (2017). *Barnevernet fra oss som kjenner det : fortellinger fra 62 ungdommer*. Oslo: Forandringsfabrikken kunnskapssenter.
- Sosial - Og, H., Larsen, B. I., & Bjørneboe, G. E. A. (2009a). Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS -1388 Veileder. In.
- Sosial - Og, H., Larsen, B. I., & Bjørneboe, G. E. A. (2009b). *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS -1388 Veileder*.
- Støkken, A. M., & Nylehn, B. (2002). *De profesjonelle : relasjoner, identitet og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sydow, J. (2006). Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage.(Book review). In (Vol. 27, pp. 605).
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Vabo, S. I., & Vabø, M. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforl.
- Willumsen, E. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforl.

Vedlegg 1



Hanna Marie Ilhebæk
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 09.06.2017

Vår ref: 54346 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54346 *Hemmere og fremmere for samarbeid mellom psykologspesialister fra
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) til
Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP)*
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Hanna Marie Ilhebæk
Student Birgit charlotte Rød

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen
Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Birgit charlotte Rød birgit.rod@hotmail.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54346

Du skriver i meldeskjemaet at seksjonsleder skal velge ut kandidater til intervju. Ved rekruttering via ledelsen i en virksomhet er det særlig viktig å påse at forespørselen rettes på en slik måte at frivilligheten blir ivaretatt.

Vær oppmerksom på at det kan oppleves vanskeligere å si nei til å delta når forespørselen kommer fra en leder.

Videre anbefaler vi at de som ønsker å delta melder seg til deg eller leder på eget initiativ.

Vi minner om at informantene har taushetsplikt overfor pasienter, og at de derfor ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkeltpasient direkte eller indirekte. Det er svært viktig at intervjuet gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Informantene må være svært forsiktige med å gi eksempler, da de ikke kan gi eksempler som indirekte kan identifisere enkeltpasienter.

Det er ikke meldt at det skal innhentes opplysninger om identifiserbare tredjepersoner, og personvernombudet legger dette til grunn. Personvernombudet anbefaler at du ber informantene om å omtale andre personer, f.eks. kolleger, på en måte som ikke identifiserer enkeltpersoner.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er hovedsakelig godt utformet. Vi ber imidlertid om at følgende endres/tilføyes:

- Oppgi at studien gjennomføres ved Høgskolen i Østfold.
- Presiser at alt datamateriale vil bli anonymisert ved prosjektslutt.
- For å fremme frivilligheten, anbefaler vi at følgende setning fjernes eller at formuleringen endres: "Din lederhar gitt meg tillatelse til å be deg om å bli intervjuet i forbindelse med min masteroppgave." F.eks. kan formuleringen "tillatelse til å be deg om.." endres til "tillatelse til å spørre deg om.."

Personvernombudet legger til grunn at du etterfølger Høgskolen i Østfold sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 30.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Evner Specialisthelsetjenestens psykiske helsevern å levere helhetlig behandling til unge mennesker?

Bakgrunn og formål med masteroppgaven.

Jeg er masterstudent og jobber ved BUFETAT/ Sarpsborg Undoms og familiesenter og jobber som avdelingsleder ved en barnevernsinstitusjon for ungdom i alderen 15 til 18 år. Mitt mastergradsprosjekt skal omhandle faktorer som påvirker samarbeidet rundt ungdommer i overgangene mellom Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og voksenpsykiatrisk poliklinikk. Målet er å finne alternativ kunnskap eller måter å se en utfordring på fra en ny vinkel. Kan funnene i studien skape endring for målgruppen?

Ungdommer med mistanke om eller kjent alvorlig psykisk lidelse kan ha behov for en overføring fra BUPP til DPS. Hva kan fremme og hemme samarbeidet rundt overføringene?

Ungdommene sliter med sammensatt problematikk som trekk av alvorlig personlighetsforstyrrelse, depresjon, angst og faglige vansker på skolen samt store utfordringer i det sosiale livet ellers. Mange av ungdommene er i for tett bekjentskap med og bruker for mye illegale narkotiske stoffer. (Breimo et al., 2015)

I lys av San- Martin Rodrigues vil jeg belyse faktorer som anses nødvendige for at et samarbeid skal finne sted. I artikkelen: The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. (San Martín-Rodríguez et al., 2005b) Peker forfatterne på organiseringens betydning sammen med, profesjonssystemene og strukturen rundt organisasjonen som bakteppe for samarbeid. Artikkelen oppsummerer tre vesentlige determinanter for å få til et godt samarbeid: Samhandling, Organisasjon, Omgivelsene/systemene eller samfunnet, i denne sammenheng profesjonsutdanningene.

I forskningslitteraturen pekes det på ulike faktorer som påvirker samarbeid mellom organisasjoner, profesjoner og profesjonelle. Mintzberg hevder at det er to motstridende forhold som påvirker valg i utøvelsen av sitt arbeid.

Målet er å gjennom benyttelse av kvalitativ metode søke etter alternative forståelser av kunnskap vi allerede er kjent med. Er det mulig å se kunnskapen på en alternativ måte og få til flere helhetlige behandlingsforløp for unge mennesker? Kunnskapen skal evt benyttes i vurderingen av egen praksis.

Brukerperspektivet og forventninger fra pårørende berøres ikke i denne sammenheng.

Din leder har gitt meg tillatelse til å be deg om å bli intervjuet i forbindelse med min masteroppgave. Du er oppgitt av din leder som psykologspesialist eller psykolog med erfaring fra både barnepsykologi og voksenpsykiatri.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Hovedtrekkene vi studien vil knyttes opp mot aktuell teori om samarbeid og de svarene jeg får gjennom intervjuer med 6-7 deltagere. Spørsmålene vil omhandle din rolle som psykologspesialist og hvordan du opplever mulighetene for samarbeid. Jeg vil fokusere på i hvor stor grad du som behandler tenker det er nødvendig å samarbeide for å yte den hjelp du er forventet å gi. Videre vil jeg fokusere på de rammebetingelser som organisasjon, lover, forskrifter og kultur påvirker din hverdag med tanke på samarbeid. Dataene du oppgir vil jeg lagre på en lydopptaker, transkribere til en tekst som du får lese og godkjenne deretter bruke dataene i masteroppgaven min. All informasjon vil være anonymisert i oppgaven. Når oppgaven er ferdig og godkjent vil jeg slette dataene på lydbåndet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som forfatter og min Veileder Hanna Marie Ihlebæk som har tilgang til materialet. Teksten jeg jobber med vil bli lagret på minnebrikke med kodelås.

Teksten som omhandler data du oppgir vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2018.[]

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Birgit Rød[] tlf 95759432 student eller veileder Hanna Marie Ihlebæk tlf 41560926. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)