

# Godt tverrfaglig samarbeid?

**Kvalitativ undersøkelse om funksjonen av det tverrfaglige samarbeidet i København-modellen**

Birte Gabrielsen



Masteroppgave i spesialpedagogikk, Det utdanningsvitenskapelige  
fakultet, Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

29.05. 2009

## Sammendrag

Tverrfaglig samarbeid er viktig i dagens samfunn som er blitt mer og mer sektoroppdelt. Det kan være en utfordring å arbeide tverrfaglig, men det er også en nødvendighet i ethvert spesialpedagogisk arbeid. Å bruke hverandres fagkunnskaper på tvers av sektorene, er med på å danne et helhetsperspektiv av en problemstilling som kan være av stor betydning for mennesker med behov for hjelp fra støtteapparatet.

København-modellen er forankret i Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København. Det fokuseres på tverrfaglig samarbeid og tidlig intervensjon, og den er spesielt utviklet for gravide rusmiddelmissbrukere og deres barn i aldersgruppen 0-7 år. Modellen har vist seg å gi gode resultater. På bakgrunn av dette har jeg valgt å fordype meg i København-modellen, og finne ut hvordan de ansatte opplever det tverrfaglige samarbeidet. Problemstillingen er som følger:

*Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet i København-modellen i forhold til oppfølging av rusmiddelmissbrukere og deres barn i praksis?*

Ut ifra denne problemstillingen ønsker jeg å fokusere på:

- Hvordan samarbeidet mellom interne og eksterne faggrupper fungerer,
- Hvilken funksjon de ulike instansene har, i forhold til arbeid med mor og barn,
- Hva oppleves som fremmende og hemmende i det tverrfaglige samarbeidet, og
- Hvordan tilbakemelding fra familien som mottar hjelp, oppleves.

For å komme frem til en løsning har jeg valgt å bruke en kvalitativ tilnærming ved bruk av halvstrukturert intervju. Jeg har intervjuet fire samarbeidspartnere i ulike faggrupper. Intervjuene er tatt opp på lydbånd og blitt transkribert. Empirien har blitt analysert og tolket ut fra et hermeneutisk forståelsesgrunnlag.

Resultatet i undersøkelsen har vist at informantene stort sett er enige om at det tverrfaglige samarbeidet fungerer bra mellom Familieambulatoriet og de involverte eksterne samarbeidspartnere. Deres positive erfaringer er blant annet at de ser nødvendigheten av å ha inn ulike faggrupper på en problemstilling. Dette vil ifølge informantene være med på å skape en best mulig løsning for mor og barn. Det kom frem i undersøkelsen at det forventes at alle i gruppen har respekt for hverandre og at de har et felles mål. Det viste seg å være et samarbeid som bygger på trygghet og åpenhet ovenfor hverandre, hvor faglige dialoger var av stor betydning for informantene. Utfordringer og negative opplevelser i forhold til tverrfaglig samarbeid var vanskelig for dem å svare på, men de fleste var enige i at tverrfaglig samarbeid er tidkrevende og man må ha tålmodighet. Å arbeide tverrfaglig har vist seg å gi gode resultater til familier som mottar hjelp.

## Forord

Å skrive en masteroppgave har vært en lang prosess som ikke hadde gått seg til uten hjelp fra andre. Det er derfor mange som fortjener en takk.

Først og fremst vil jeg takke informantene som har brukt tid på å stille opp til intervju.

En stor takk til veilederen min, Heidi Mjelve som har vært en god støttespiller og samtalepartner. Takk for at du har tatt deg tid til veiledning via telefon og e-post.

Takk til Anette Henningsen som har vært en god støtte og tatt seg tid til å lese gjennom oppgaven opptil flere ganger. Takk til min kjære kusine, Stine Karin Birkeland som har tatt seg tid til å lese korrektur. Jeg vil også takke venner og familie for gode samtaler og omtanke i løpet av perioden.

Øystein Mæland Wee fortjener en takk for å ha gitt meg muligheten til å skrive oppgaven i København.

Sist men ikke minst vil jeg takke for et fantastisk vertskap på Kong Haakons kirke, den norske sjømannskirken i København, hvor jeg har tilbrakt lange dager på lesesalen.

København, mai 2009

Birte Gabrielsen

---

# Innhold

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>2</b>
<b>FORORD .....</b>	<b>4</b>
<b>INNHold .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>8</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	8
1.1.1 <i>Tverrfaglig samarbeid, en utfordring?</i> .....	9
1.1.2 <i>København-modellen</i> .....	10
1.2 PROBLEMSTILLING .....	10
1.3 BEGREPSAVKLARINGER .....	11
1.4 OPPBYGGING AV OPPGAVEN .....	12
<b>2. KØBENHAVN-MODELLEN.....</b>	<b>13</b>
2.1 BAKGRUNN .....	13
2.2 STRUKTUR OG ORGANISASJON.....	14
2.3 METODE- OG HOLDNINGSGRUNNLAG.....	15
2.4 TIDLIG INTERVENSJON.....	16
2.4.1 <i>Intervensjon på barselavdelingen</i> .....	17
2.4.2 <i>Intervensjon på neonatalavdelingen</i> .....	18
2.4.3 <i>Intervensjon på barneavdelingen</i> .....	19
2.4.4 <i>Oppfølging av barnet etter fødselen</i> .....	19
2.4.5 <i>Resultater av Familieambulatoriets intervensjon</i> .....	21
<b>3. TVERRFAGLIG SAMARBEID.....</b>	<b>23</b>

---

3.1	DET TVERRFAGLIGE MØTET .....	25
3.2	TVERRSEKTORIELT SAMARBEID .....	30
3.3	TAUSHETSPLIKT .....	31
3.4	FORUTSETNINGER FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	34
3.4.1	<i>Ledelse</i> .....	35
3.4.2	<i>Verdigrunnlag</i> .....	37
3.4.3	<i>Samarbeidskompetanse</i> .....	38
3.4.4	<i>Plan for opplæring</i> .....	39
3.4.5	<i>Kunnskaper og ferdigheter</i> .....	39
3.5	TIDLIGERE FORSKNING .....	41
3.5.1	<i>En casebasert analyse</i> .....	41
3.5.2	<i>SIRUS</i> .....	42
3.5.3	<i>Morten Ejrnæs' undersøkelse</i> .....	42
<b>4.</b>	<b>FORSKNINGSMETODE .....</b>	<b>44</b>
4.1	METODISK TILNÆRMING .....	44
4.1.1	<i>Førførståelse</i> .....	44
4.2	UTVALG .....	45
4.3	SEMISTRUKTURERT INTERVJU .....	46
4.3.1	<i>Utarbeidelse av intervjuguide</i> .....	47
4.3.2	<i>Intervjuprosessen</i> .....	47
4.4	ANALYSE OG TOLKNING AV MATERIALET .....	48
4.4.1	<i>Hermeneutikk</i> .....	49
4.4.2	<i>Transkibrering og båndopptak</i> .....	50

---

4.5	RELIABILITET OG VALIDITET .....	52
4.5.1	<i>Reliabilitet</i> .....	52
4.5.2	<i>Validitet</i> .....	53
4.6	ETISKE HENSYN.....	56
<b>5.</b>	<b>DATAPRESENTASJON OG DRØFTING AV RESULTATER.....</b>	<b>58</b>
5.1	TVERRFAGLIG SAMARBEID .....	58
5.1.1	<i>Hensikten</i> .....	60
5.2	TAUSHETSPLIKT .....	61
5.2.1	<i>Å forholde seg til taushetsplikten</i> .....	61
5.2.2	<i>Brukerens opplevelse av taushetsplikt</i> .....	63
5.3	INFORMANTENS PERSPEKTIV .....	66
5.3.1	<i>Utfordringer og negative opplevelser</i> .....	66
5.3.2	<i>Positive erfaringer</i> .....	72
5.3.3	<i>Funksjon</i> .....	75
5.3.4	<i>Forventninger</i> .....	78
5.4	DEN GRAVIDE/MORS OPPLEVELSE .....	81
<b>6.</b>	<b>SLUTTORD .....</b>	<b>87</b>
	<b>KILDELISTE .....</b>	<b>89</b>

## VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informanter

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Godkjennelse fra NSD

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helsedirektoratet anslår at omlag 130 000 norske familier lever med psykisk sykdom og rusproblematikk blant familiemedlemmene. Det antas at omlag 200 000-300 000 barn lever under slike forhold og mange av dem er ikke kjent for hjelpeapparatet. Det er også mange mørketall (Osmundsen, 2007). I Danmark fødes det ca. 60 000 barn årlig, blant disse blir omlag 3000 født inn i familier med vanskelige levekår (Dalgas, 2006). Den danske Sundhedsstyrelsen registrerer opptil 100 barn hvert år, med alvorlige helseproblemer som følge av mors misbruk av rusmidler under graviditeten (Jespersen, 2009). Det vil si at det finnes mange familier som har behov for hjelp og støtte fra helsetjenesten. Jeg har i oppveksten selv vært vitne til barn som lever med foreldre som ruser seg og dette har satt spor. Jeg har derfor stor interesse for å lære mer om muligheter for å hjelpe familier med rusmiddelproblemer.

Barn som blir født inn i en familie med rusmiddelproblemer, er en høyrisikogruppe. Det vil si at barnet hele veien gjennom mors svangerskap og i oppveksten utsettes for biologiske og psykososiale risikofaktorer. Ifølge Kandall og Gaines (1991), referert i Killén (2003), vokser disse barna opp i et miljø preget av rusmidler, utrygghet, ustabilitet og uforutsigbarhet, og den tidlige mor-barn-kontakten blir sterkt hemmet. Dette kan føre til at barnet opplever omsorgssvikt, vanskjøtsel, tidlig emosjonell og sansemotorisk over- eller understimulering og avvising. De er også mer utsatt for uventet spedbarnsdød. Mange av barna som blir født inn i slike forhold får aldri en normal barndom og de vil kanskje ha behov for støtte fra hjelpeapparatet resten av livet. Flere av dem ville sannsynligvis hatt et normalt utviklingspotensiale dersom de ikke hadde blitt utsatt for foreldrenes rusmiddelmisbruk (Olofsson, 2005). Bruk av rusmidler under graviditet kan føre til skader på fosteret og en komplisert graviditet og fødsel. Tilknytningen mellom mor og barn rammes i mange tilfeller dersom mor er stoffavhengig, barnet har medfødte skader, sykdommer eller blir født for tidlig.



---

Rusmiddelbruk varierer stort både i uttrykksform, intensitet og varighet. Ifølge Killén (2003) vil barns opplevelse av foreldres misbruk variere. De ulike rusmidlene kan ha spesifikke innvirkninger på fosteret. Det er viktig å være klar over at skadene og innvirkningene på fosteret kan være omfattende. De må også sees sammenheng med familiens økonomiske forhold og andre psykososiale belastninger (Killén, 2003). Barn har også ulike grader av sårbarhet, ressurser og mestringsevne. Undersøkelser viser likevel at det er en tydelig sammenheng mellom alvorlige atferdsvansker og belastninger under oppvekst (Killén og Olofsson, 2003).

### **1.1.1 Tverrfaglig samarbeid, en utfordring?**

Det er dessverre mange med rusmiddelproblemer som har mistillit til andre og til ”systemene”. Dette kan skyldes måten de har blitt møtt på både av familie og av fagpersoner. De har kanskje søkt hjelp, men følt at de ikke har fått det. Det kan være at de har følt seg skamfulle og dermed setter seg selv i forsvar (Killén og Olofsson, 2003). Det er viktig å skape åpenhet i systemene ved å være tilgjengelige og åpne slik at de kan stole på at de blir tatt godt i mot av helsevernet. Stortingsmeldinger og lovverket både i Norge og Danmark, viser viktigheten av tverrfaglig samarbeid og tilretteleggelse av ressurser og tiltak for å forebygge problemet.

Jeg har derfor valgt å ta utgangspunkt i det tverrfaglige samarbeidet ettersom jeg tror dette kan være en særlig utfordring i arbeid med rusmiddelmisbrukere og deres barn. Utfordringene er store nettopp fordi det er mange ulike faggrupper og instanser involvert. Samarbeidet vil bestå av personer med forskjellig bakgrunn og kompetanse som kan ha ulikt syn på hvordan behandlingen bør foregå. Tverrfaglig samarbeid er også viktig for at både foreldre og barn skal bli møtt på en akseptabel og respektfull måte.

Jeg har ikke selv arbeidet med familier med rusmiddelproblemer, men jeg har kjennskap til andre som arbeider på dette området. Jeg har på denne måten fått innblikk i problematikken som kan oppstå ved tverrfaglig samarbeid. Det er ikke bare innenfor området med rusmiddelmisbrukere og deres barn at det er behov for

samarbeid mellom ulike faggrupper, men også blant andre grupper mennesker som har behov for hjelp. Som kommende spesialpedagog vet jeg at jeg vil komme til å jobbe i et tverrfaglig team og samarbeide med andre. Jeg ser på det som en utfordring, men ikke minst en nødvendighet i et hvert spesialpedagogisk arbeid.

### **1.1.2 København-modellen**

Da jeg skrev min semesteroppgave som omhandlet barn av foreldre med rusmiddelproblematikk, ble jeg kjent med en intervensjonsmodell som blir brukt i København. Den fattet min interesse og jeg ønsket å finne mer ut av hva den handlet om. København-modellen er en intervensjonsmodell som blir anvendt blant annet ved Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital. Familieambulatoriet er en tverrfaglig bemannet spesialavdeling som følger opp mor og barn fra fødselen og til barnet begynner på skolen. De satser blant annet på tidlig intervensjon og tverrfaglig samarbeid. Det har vist seg at tidlig intervensjon og tverrfaglig samarbeid kan forebygge skader hos barnet, noe som igjen beviser viktigheten av å fange opp barna så tidlig som mulig. Tidlig intervensjon vil kunne være med på å hjelpe mange barn og familier ut av elendigheten. Det vil også spare samfunnet for mange ressurser senere. Denne modellen har vist seg og gi gode resultater (Olofsson, 2005).

## **1.2 Problemstilling**

På bakgrunn av temaer som er nevnt ovenfor har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet i København-modellen i forhold til oppfølging av rusmiddelmisbrukere og deres barn i praksis?*

Ut ifra denne problemstillingen ønsker jeg å fokusere på:

- Hvordan samarbeidet mellom interne og eksterne faggrupper fungerer,
- Hvilken funksjon de ulike instansene har, i forhold til arbeid med mor og barn,

- 
- Hva oppleves som fremmende og hemmende i det tverrfaglige samarbeidet, og
  - Hvordan tilbakemelding fra familien som mottar hjelp oppleves.

### 1.3 Begrepsavklaringer

Jeg vil kort gi en oversikt over begrepene *tverrfaglig*, *tverretatlig* og *tverrsektorielt samarbeid*. Disse begrepene brukes ofte om hverandre.

Tverrfaglig samarbeid er et samarbeid på tvers av faggrupper og profesjoner som har en felles utfordring eller problem og hvor man jobber mot et felles mål (Rygård, 2006).

Tverretatlig samarbeid vil si at de som inngår i samarbeidet er fra ulike etater, ikke først og fremst forskjellige faggrupper. Det kan være sosionomer fra sosialkontoret som samarbeider med sykepleiere på sykehuset. Det kan også være personer med samme faglig bakgrunn som samarbeider på tvers av etatene (Lauvås K. og Lauvås P., 2006).

Tverrsektorielt samarbeid er et samarbeid som fungerer på tvers av sektorene i kommunen (Glavin og Erdal, 2007).

Tverrfaglig samarbeid og tverrsektorielt samarbeid bygger på samme prinsipper. En forskjell er at tverrsektorielt samarbeid har en avgjørende betydning når det gjelder regler for taushetsplikt. Det kommer jeg tilbake til i punkt 2.1. Jeg kommer til å bruke betegnelse tverrfaglig samarbeid og tverrsektorielt samarbeid. Prinsippene for et godt samarbeid vil gjelde både for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

*Tverrfaglighet* er et eksempel på tverrfaglig samarbeid. Det kan oppfattes på tre forskjellige måter (Hansen, 1999):

Flerfaglighet vil si at ulike faggrupper arbeider parallelt på samme område, men uten å arbeide sammen.

Tverrfaglighet betyr at ulike faggrupper arbeider i fellesskap med samme problemstilling med ulik faglig tilgang.

Fagintegrasjon vil si at ulike faggrupper arbeider med den samme oppgave og integrerer og utvikler en felles faglighet.

Ved tverrfaglighet tas det utgangspunkt i en sak som skal representeres for flere faggrupper som i fellesskap skal komme frem til en løsning. Som en konsekvens av dette vil det være naturlig at det utvikles fagintegrasjon i gruppen (Hansen, 1999).

## 1.4 Oppbygging av oppgaven

Hovedfokuset i oppgaven er å se på det tverrfaglige samarbeidet mellom de ulike faggruppene i København-modellen. Jeg vil starte med å beskrive København-modellen i kapittel 2. Det gis også en kort innføring i tidlig intervensjon og intervensjon på de ulike avdelinger som er tilknyttet København-modellen.

Tverrfaglig samarbeid og forutsetninger for et godt tverrfaglig samarbeid diskuteres i kapittel 3. Dansk lovverk og taushetsplikt blir også presentert i dette kapitlet.

Praktisk gjennomføring i Familieambulatoriet blir omtalt under punktet tverrfaglig samarbeid. Kapittel 4 utgjør metodedelen hvor jeg også vil fremstille tolkning av det innsamlede datamaterialet, samt validiteten av undersøkelsen. Kapittel 5 består av analyse og drøfting av resultater. Sluttord formuleres i kapittel 6.

## 2. København-modellen

København-modellen er en forebyggelses- og behandlingsmodell som tar utgangspunkt i *tidlig intervensjon* og *tverrfaglig samarbeid*. Modellen har vært utgangspunkt for et prosjekt som har blitt utprøvd og benyttet ved Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København (Olofsson, 2005).

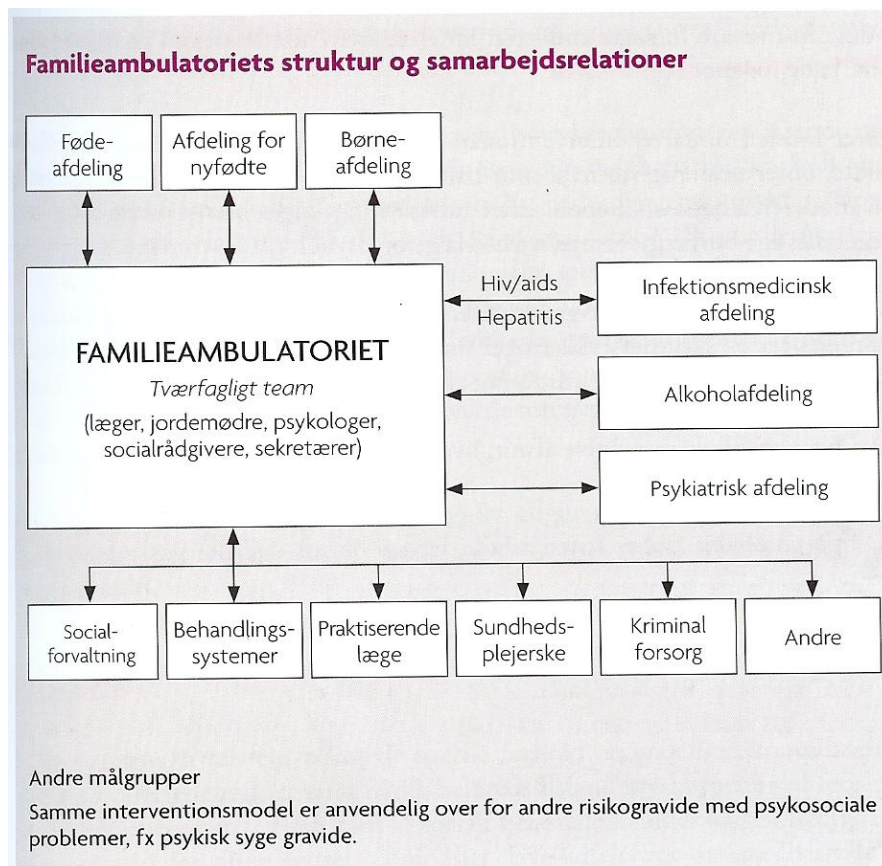
### 2.1 Bakgrunn

I 1980 ble det foretatt en dansk etterundersøkelse av 89 barn som var født av rusmiddelmisbrukende mødre. I denne undersøkelsen kom det frem at det var behov for ivaretagelse av rusmiddelmisbrukere og deres barn. Dette førte til at May Olofsson som i dag er overlege ved Familieambulatoriet, valgte å utvikle en tverrfaglig og tverrsektoriell forebyggelses- og behandlingsmodell. Forsker Loretta Finnegan, ved Thomas Jefferson University Hospital i Philadelphia i USA har gjennomført flere forskningsprosjekter innenfor dette problemfeltet, samt utviklet observasjons- og behandlingsmetoder til gravide, fødende og nyfødte med abstinenssymptomer. Dette har vært en inspirasjonskilde til modellen og Olofsson har hatt et tett samarbeid med Finnegan siden oppstarten av modellen i Danmark (Olofsson, 2005).

I 1989 opprettet Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København den første klinikken som i hovedsak tar seg av gravide kvinner med rusmiddelproblemer og barna deres. Denne ble etter hvert utvidet til å behandle også gravide med alkoholproblemer (Olofsson, 2005).

## 2.2 Struktur og organisasjon

Familieambulatoriet hører til under gynekologisk/obstetrisk avdeling (fødeavdeling) med funksjon også i neonatalavdeling og barneavdeling. Avdelingen består av et tverrfaglig team sammensatt av leger, jordmødre, sosialrådgivere, psykologer og sekretærer. Målgruppen som inngår i Familieambulatoriet er gravide kvinner med rusmiddelmissbruk og barn i aldersgruppen 0-7 år som har vært utsatt for mors rusmiddelmissbruk. For å følge opp den gravide rusmiddelmissbrukeren og barnet settes det i gang et helhetsorientert tverrfaglig teamarbeid i Familieambulatoriet. Det består av et tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer som innebærer andre avdelinger innenfor sykehuset, og fagpersoner og instanser utenfor sykehuset. De interne samarbeidspartnerne er fødeavdelingen, neonatal- og barneavdelingen, infeksjonsmedisinsk avdeling, psykiatrisk avdeling, barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og alkoholenhetene. De eksterne samarbeidspartnerne omfatter sosialforvaltning, helsesøstere, allmennpraktiserende leger og spesialister, rådgivningssentre, alkoholambulatorier, kriminalomsorg, dag- og døgninstitusjoner, gateplansinstitusjoner mfl. De eksterne samarbeidspartnerne fungerer som et bindeledd mellom mor og sosialforvaltningen og mellom sykehuset og sosialforvaltningen (Olofsson, 2005).



Figur 1 (Olofsson, 2005, s. 15)

## 2.3 Metode- og holdningsgrunnlag

Familieambulatoriet arbeider ut i fra den holdningen at barn av rusmiddelmissbrukere i utgangspunktet har et normalt utviklingspotensiale, men at de blir preget av og utsatt for foreldres skadelige forhold. Man kan derfor forebygge negativ utvikling til barnet dersom man får kontakt med den gravide som har rusmiddelproblemer tidlig i svangerskapet og starte med behandling og støtte så tidlig som mulig. Det finnes mange risikofaktorer som har negativ innvirkning på barn før og etter fødselen. Disse risikofaktorene kan systematiseres slik at man på en best mulig måte kan avskaffe eller redusere dem. Det er viktig at forebyggelse og behandling settes inn ut i fra den livssituasjonen kvinnen er i, både fysisk, psykisk og sosialt. Det fokuseres på at intervensjonen skal være tværfaglig og tverrsektoriell. Kommunikasjon og kontaktetablering er vesentlig i møte med den gravide. Det tas utgangspunkt i å møte

den gravide der hun er, og ta i betraktning hennes ønsker og mål for fremtiden, selv om de kan være urealistiske. Et viktig mål for intervensjonen er å hjelpe henne til å se hva barnet har behov for og hva hun faktisk makter og evner. I tillegg er det viktig at hun forstår og aksepterer nødvendig hjelp fra støtteapparatet. Å skape en god dialog hvor hun blir møtt med tillit og respekt er viktig. Det første møtet er ofte avgjørende for videre muligheter for intervensjon. Intervensjonen må også være lett tilgjengelig og uten ventetid (Olofsson, 2005).

## 2.4 Tidlig intervensjon

Begrepet tidlig intervensjon er et kjent begrep, som blir brukt i mange ulike sammenhenger. Hovedintensjonen med tidlig intervensjon er å sette i gang tiltak så tidlig som mulig for at et problem forsvinner helt eller at det gjøres så lite som mulig. Det er i mange tilfeller snakk om tiltak som blir satt i gang for enkeltindivider, deler av eller hele befolkningen. I forhold til barn av rusmiddelmissbrukere og rusmiddelmissbrukeren selv, kan man se på tidlig intervensjon som en terapeutisk og/eller forebyggende intensjon (Nesvåg, et al. 2007). Tidlig intervensjon kan være svært positiv i de forhold der barnets oppvekstvilkår kan skape en negativ psykososial utvikling hos barnet (Rye, 1997). Ifølge Henning Rye (1997) viser nyere forskning at dersom det er behov for å forandre omsorgsiver-barn-relasjonen for å forbedre barnets psykososiale oppvekstforhold, er det viktig å gjøre dette så tidlig som mulig. Det kan gjelde de barn som har foreldre med rusmiddelmissbruk, psykisk syke foreldre eller andre problematiske foreldreforhold. Familieambulatoriet er opptatt av at gravide med rusmiddelmissbruk skal få hjelp på et så tidlig tidspunkt som mulig. Dette er en viktig oppgave som fører til at hjelpen de får blir bedre (Olofsson, 2005).

Det er ulike former for intervensjon etter barnets fødsel, avhengig av morens og barnets tilstand. Moren og barnet blir enten lagt inn på barselavdelingen, neonatalavdelingen eller barneavdelingen. Det vil i løpet av perioden de er innlagt, gis støtte og behandling hvor moren er mest mulig sammen med sitt barn og lærer det å kjenne (Olofsson, 2005). En norsk rapport, "Barn innlagt sammen med foreldre som



---

er i behandling for rusmiddelproblemer”, utført av Statens institutt for rusmiddelforskning, SIRUS (2005), har blant annet konkludert med at å starte behandling så tidlig som mulig i svangerskapet og i barnets liv, er svært viktige forebyggende tiltak. Jeg skal kort skissere hvordan København-modellen arbeider med intervensjon etter barnets fødsel.

### **2.4.1 Intervensjon på barselavdelingen**

Dersom mor har vært rus- og medisinfri innen fødselen og barnet har det tilfredsstillende etter fødselen, får mor være på barselavdeling sammen med barnet. Er hun ikke rusfri innen to uker blir hun skrevet ut og henvist til en behandlingsinstitusjon eller hun blir sendt hjem, med mulighet til å besøke barnet.

En forutsetning for et godt innleggelsesforløp på barselavdelingen er at personalet har regelmessig tett kontakt med moren og barnet. Personalet skal også orientere interne og eksterne samarbeidspartnere på bakgrunn av de observasjoner, som blir foretatt på avdelingen. Det er viktig at man ovenfor moren har klare avtaler om rolle- og kompetansefordelingen (Olofsson 2005). Støtten hun får på avdelingen er avhengig av hennes problematikk, personlige ressurser og rusmiddelmisbruk. Ifølge Hafstad og Øvreeide (1998) er det viktig at mor får veiledning i å skape en god relasjon til barnet sitt da det er av stor betydning for barnets utvikling. I samspillet mellom mor og barn defineres i stor grad barnets identitet og livskvaliteten ivaretas.

Familieambulatoriet har noen grunnleggende holdninger som er spesielt viktige. Det gjelder respekten for kvinnen som mor som vil være en sentral og viktig person i barnets liv uansett hennes tilstand. Det er også viktig å ta hensyn til mors sårbarhet. Hun vil kanskje i noen tilfeller oppleve nederlag og føle skyld overfor barnet. Samtidig som at disse holdningene skal opprettholdes, er det også viktig å være realistisk og ærlig overfor mors situasjon og barnets behov. Umiddelbart etter fødselen blir sosialforvaltningen kontaktet. Når mor og barn blir utskrevet fra barselavdelingen, blir det etablert behandling og støtte avhengig av hva kvinnen og barnet har behov for. Det kan for eksempel være et rådgivningssenter, en

døgninstitusjon, psykologbehandling og lignende. Dersom moren blir utskrevet sammen med barnet blir det avtalt møte i forbindelse med den første barneundersøkelse. Dersom barnet utskrives uten moren blir det utarbeidet en samværsplan for moren og barnet (Olofsson, 2005).

### **2.4.2 Intervensjon på neonatalavdelingen**

Dersom barnet er i risiko for medfødte skader blir det overført til neonatalavdeling for observasjon og behandling. I mange tilfeller hvor mor har misbrukt rus under graviditeten, blir barn født med ulike symptomer. Det kan være urolig mage, kramper, dårlig appetitt, søvnforstyrrelser, kontaktforstyrrelser, skrik og vanskelige å trøste. Symptomene kan variere i både grad og omfang. Under intervensjonen på neonatalavdelinger danner man seg et helhetsinntrykk av barnets reaksjoner og personlighet. Det fokuseres på barnets motorikk, døgnrytme, stimuli og etablering av øye- og dialogkontakt. Observasjonene som blir gjennomført er et grunnlag for veiledning til personale og foreldre (Olofsson, 2005).

I samarbeidet mellom neonatalavdelingen, barselavdelingen, Familieambulatoriet og foreldrene, fokuseres det på høyt informasjonsnivå, koordinering og personkontinuitet. Det kan være en belastning for foreldre å ha barnet sitt innlagt på neonatalavdeling. Det er derfor viktig at personalet møter foreldrene med støtte og omsorg. Dette kan sees på som en forlengelse av et tverrfaglig team som er blitt etablert med foreldrene tidligere i graviditeten. Det er viktig å ta hensyn til barnets og familiens problematikk, og de ansatte bør bruke nøytral og faglig terminologi i enhver kontakt med og om barnet og familien. Det kan være behov for hjelp fra Familieambulatoriet hvis det oppstår akutte episoder eller det kan være behov for å drøfte vanskelige saker og problemstillinger. Det er også nødvendig å ha et tett samarbeid med eksterne samarbeidspartnere i denne perioden. Det gjelder samarbeidspartnere som sosialforvaltningen, rådgivningssentre, alkoholenheter/-ambulatorier og distriktpsikiatriske sentre. Det kan være nødvendig å drøfte fremtidige planer for barnet. Når barnet blir skrevet ut av neonatalavdelingen,

---

overflyttes det til barneavdelingen, direkte hjem til foreldrene, til en døgn- eller familieinstitusjon eller til en fosterfamilie (Olofsson, 2005).

### **2.4.3 Intervensjon på barneavdelingen**

Barnet blir flyttet til barneavdelingen når det ikke lenger er behov for intensiv overvåkning. I denne forbindelse får personalet på barneavdelingen nødvendig informasjon om tilstanden til barnet. Her blir barnet observert på samme måte som på neonatalavdelingen. Det foretas også observasjon av barnets kontaktevne, spise- og søvnmønster og følsomhet for sansemessige stimuli. Vurderingene av observasjonene er grunnlag for å gi støtte og veiledning til personalet, foreldre eller fosterforeldre. Mor får tilbud om å legges inn sammen med barnet men det forutsettes at hun er rusmiddel- og medisinfri. Dersom foreldrene ikke blir innlagt sammen med barnet, har de mulighet til å besøke barnet (Olofsson, 2005).

Dersom sosialforvaltningen har besluttet sammen med foreldrene at barnet skal i fosterhjem, sørger sosialforvaltningen for et møte mellom barnets biologiske foreldre og fosterforeldrene. Det er viktig at denne kontakten finner sted, men man må også ta hensyn til foreldrenes sårbarhet og tilrettelegge samværet i tett samarbeid med dem. I prosessen hvor fostermor skal innta sin rolle og ansvar er det vesentlig at hun har et støtteapparat rundt seg i forhold til oppbygging av tilknytning til barnet, kommunikasjon med pleiepersonalet og samarbeidet med de biologiske foreldrene (Olofsson, 2005).

### **2.4.4 Oppfølging av barnet etter fødselen**

Barn som er født av mødre med rusmiddelmisbruk og som har blitt fulgt opp på Familieambulatoriet under graviditeten, blir automatisk innkalt til barneundersøkelser. Andre barn som ikke har hatt tilknytning til Familieambulatoriet tidligere, kan bli henvist av sosialforvaltningen eller andre instanser. Barneundersøkelsene foregår hos lege og psykolog, og barnet blir innkalt en måned etter utskrivning. Deretter innkalles barnet hver tredje måned til det fyller 1 år, hver sjette måned til det fyller 3 år og en

gang i året inntil skolestart. Det kan avvike litt fra barn til barn om nødvendigheten av oppmøte til alle kontrollene. Noen har færre innkallelser mens andre har flere enn omtalt. Beslutter Familieambulatoriet å avslutte undersøkelsene grunnet god og stabil oppvekst og levekår for barnet, blir sosialforvaltningen informert om dette. Barnet kan ved senere anledning bli henvist igjen (Olofsson, 2005).

Når barnet skal begynne på skolen avsluttes som nevnt undersøkelsene.

Familieambulatoriet henviser da barnet til Pedagogisk Psykologisk Rådgivningstjeneste (PPT) dersom det er behov for videre oppfølging av barnet. Det avlegges en utskrivningskonferanse med relevante fagpersoner som har eller får kontakt med barnet. Barnets videre forløp og skoleplassering blir diskutert og saken henvises til PPT. Heretter forekommer et samarbeid mellom PPT, sosialforvaltningen og barnets foreldre/fosterforeldre (Olofsson, 2005).

I løpet av undersøkelsene avhenger det av barnets tilstand hvorvidt det foregår et tverrfaglig samarbeid eller ei. Barn som utvikler seg tilfredsstillende og lever i et stabilt hjem, eller barn som er satt i fosterhjem som også har god kontakt med sine biologiske foreldre, har ikke behov for dette. For andre barn kan det være et større behov for tverrfaglig samarbeid. Dette gjelder særlig de barna som er sterkt preget av mors rusmiddelmissbruk. De trenger et profesjonelt nettverk som er stabilt, og som kan strukturere deres hverdag, spesialtrening og stimuli. I tillegg har også fosterforeldrene behov for støtte og avlastning. Familieambulatoriets undersøkelser om barnets tilstand, blir presentert på de tverrfaglige møtene og handlingsplanen blir justert etter barnets behov (Olofsson, 2005).

Det kan være vanskelig å få til et samarbeid med ustabile hjem, men samtidig er det gjerne disse barna som trenger tettere oppfølging enn noen andre. Noen av dem er allerede skadet fra fødselen av, og kan i tillegg utvikle andre forstyrrelser ettersom levevilkårene i hjemmet er ustabile. I slike tilfeller opplever ofte Familieambulatoriet at familien ikke møter opp på barneundersøkelsene. Det er derfor viktig at Familieambulatoriet har hyppig kontakt med helsetjenesten og informerer dem om det som foregår (Olofsson, 2005). I tilfeller hvor det er vanskeligheter med å samarbeide

---

med familien, er det viktig å fokusere på et tillitsfullt kontaktforhold hvor foreldrene kan føle seg trygge både på seg selv og sin situasjon. Det kan oppstå konflikter med foreldrene som er nødvendige å håndtere. Mange av foreldrene som ikke møter opp, har i mange tilfeller opplevd skuffelser og nederlag i løpet av livet som har ført til dårlig selvoppfatning. Dette kan også ha ført til at de har liten tillit til andre mennesker. For å møte disse foreldrene på en respektfull måte, er det viktig å gi uttrykk for forståelse og vise at man ivaretar dem. Enkelte yrkesgrupper oppleves mindre truende enn andre. For eksempel kan en helsesøster føles mindre truende enn en saksbehandler i sosialforvaltningen. Det kan være fordi helsesøsters oppgave identifiseres med positive tiltak mens en saksbehandler kan oppleves som en som har kontroll og som kan ta barnet fra foreldrene. Dette er saker som det kan være nødvendig å ta opp til vurdering på et tverrfaglig møte om hvordan man skal tilrettelegge for foreldre i slike situasjoner. Hver enkelt sak er unik og bør vurderes forskjellig (Killèn 1991).

#### **2.4.5 Resultater av Familieambulatoriets intervensjon**

Familieambulatoriets hovedmål er ifølge Olofsson (2005) at barnet:

- Er planlagt og ønsket.
- Fødes ukompliceret etter en normal graviditet til forventet tid med normal fødselsvægt og uden misdannelser, abstinenser eller andre sykdomme.
- Får normalt Apgar score (mål for barnets tilstand straks etter fødselen).
- Udskrives efter fødselen til rusmiddelfrit miljø til kompetente voksne, som er i stand til at yde barnet tryghed, stabilitet, kærlighed, forudsigelighed, tryk tilknytning, stimulation og omsorg tilpasset barnets behov.

- Fortsat vokser op under de beskrevne gode forhold og samtidig følger de almindelige helbredskontroller og de anbefalinger, som bliver givet af de børnesagkyndige. (Olofsson, 2005, s.110)

Ut ifra disse kriteriene har resultater vist at gravide kommer tidligere i behandling, noe som kan føre til at de har muligheter for abort og nødvendige tester, som for eksempel hiv-test. Barnets tilstand ved fødselen er forbedret, det fødes færre for tidlig fødte og barn med medfødte skader, og antallet abstinensbarn er falt. Det er sikret at ingen barn skrives ut til en kaotisk livssituasjon og de sikres et profesjonelt nettverk under oppveksten. De av barna som skrives ut til fosterfamilie umiddelbart etter fødselen med eller uten mor, har mest stabile oppvekstvilkår, sett i forhold til barn som skrives ut til døgninstitusjon eller til hjemmet hvor de får hjelp med ulike tiltak (Olofsson, 2005).

### 3. Tverrfaglig samarbeid

For å lykkes med tverrfaglighet er målet å få frem et helhetsperspektiv. Målet er å skape bedre kvalitet og kompetanse. På den måten er det viktig å kunne korrigere hverandres feilkilder og involvere foreldrene tidlig i prosessen. Dette skaper en effektiv ressursutnyttelse. For å kunne gi barn og familier differensiert hjelp og støtte, er det helt nødvendig med tverrfaglig samarbeid. I disse tilfeller er det viktig å ta utgangspunkt i familiens ressurser og finne ut hva slags hjelp de har behov for. Tverrfaglig samarbeid kan være en effektiv måte å iverksette tiltak på fordi man samkjører kunnskap hvor man kan komme frem til raske beslutninger sammen (Glavin og Erdal, 2007). Lauvås, K. og Lauvås, P. (2006) hevder at tverrfaglig samarbeid er en nødvendighet i det moderne samfunnet som er blitt så sektoroppdelt. Det vil si at kunnskapen er blitt så spesialisert at det kan være vanskelig å håndtere helheten og sammenhengen. I de fleste tilfeller er det flere yrkesgrupper som har observasjoner og opplysninger som er nødvendige bidrag for å foreta en helhetsvurdering. Dette er viktig i et tverrfaglig samarbeid (Killén, 1991). I det danske lovverket fremgår det at det fokuseres på forebyggende arbeid. I loven, Social service, kapittel 36, § 120 om forebyggende helseytelser til barn og unge lyder: “Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse.” I “Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge” er det nedfelt et krav om etablering av tverrfaglige grupper. Helselovgivningen (Sundhedsloven, 2005) fastsetter at det skal forekomme tverrfaglige grupper for barn med særlige behov:

§ 123. Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

Det utdypes her at det er nødvendig å opprette en tverrfaglig gruppe i enkelte tilfeller. Barn og unge har altså rett til støtte og hjelp gjennom tverrfaglig samarbeid. Det er derfor viktig å utarbeide et så godt samarbeid som mulig. I folkehelseprogrammet ”Sund hele livet”, som gjelder for regjeringen (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2002), påpekes nødvendigheten av å starte med tidlig oppsporing, tidlig behandling og støtte av den gravide for å forebygge skader på fosteret og barnet etter fødselen. Det nevnes at de svakeste blir sett gjennom tverrfaglige team, som for eksempel Familieambulatoriet. Som gravid rusmiddelmissbruker vil man få enorm støtte og hjelp av spesialutdannede personer på Familieambulatoriet. De ulike faggruppene har kompetanse både medisinsk, psykologisk og sosialt. København-modellen har, som tidligere nevnt, fokus på tverrfaglig samarbeid og tidlig intervensjon. Ved å sette i gang et samarbeid allerede før barnets fødsel, skapes større muligheter for en god barndomsopplevelse for barnet. Det har vært ulik praksis fra kommune til kommune frem til dags dato. Etter anbefalinger fra Sundhedsministeriet i Danmark, er det nå vedtatt at alle regioner over hele landet skal etablere regionale Familieambulatorier. Det er bevilget 136 millioner danske kroner til dette (Jespersen, 2009).

I Familieambulatoriets tverrfaglige samarbeid er det viktig at alle samarbeidspartnerne forstår avtaler, rolle- og kompetansefordelingen på samme måte. Dette er nødvendig for å kunne formidle den samme informasjon til kvinnen/familien. De ser på samarbeidet som en ”tannhjulsmechanisme”. Dette forklares ved at de enkelte instansene er avhengige av hverandre, og skjer det noe med det ene leddet, vil dette påvirke alle de andre. Det satses på høyt informasjonsnivå, tett kommunikasjon og koordinering som skal sikre et overblikk og danne et helhetssyn. De ulike instansene har i noen tilfeller ulike syn på kvinnens og familiens ressurser og behandlingsbehov fordi de møter familien i forskjellige situasjoner, de har ulik kompetanse, erfaring og faglig fokus. Dessuten kan behandlernes egne personlige politiske og menneskelige verdier og normer være med på å påvirke arbeidet (Olofsson, 2005).



---

### 3.1 Det tverrfaglige møtet

Et tverrfaglig møte kan ifølge Glavin og Erdal (2007) beskrives som en arena for drøfting hvor det vedtas beslutninger i et fellesskap av representanter fra flere faggrupper. Det defineres som en gruppe som har felles målsetninger med ulike faglige ståsted. Killén (1991) beskriver en rekke målsettinger for tverrfaglige møter som er nødvendig for å sikre barn og foreldre best mulig hjelp. Disse målsetningene er:

- 1 Å samle deltakernes observasjoner og opplysninger
- 2 Å foreta en helhetsvurdering av familiens psyko-sosiale situasjon og barnets omsorgssituasjon
- 3 Å vurdere om barnets omsorgssituasjon er ”god nok”, om den kan bli ”god nok” med investeringer fra samfunnets side, eller om andre bør ha omsorgen for barnet
- 4 Å utarbeide en handlings- og behandlingsplan på kortere og lengre sikt
- 5 Å foreta en ansvarsfordeling, hvor den enkeltes rolle og ansvar i forhold til familien og hverandre avklares
- 6 Å utveksle løpende informasjon om gjennomføringen av tiltak og behandling
- 7 Å justere planene, der dette viser seg å være nødvendig
- 8 Å avklare og løse de uunngåelige problemene de forskjellige samarbeidspartene støter på, både i behandlingen og i samarbeidet med hverandre (Killén 1991, s.338).

For å tilrettelegge på best mulig måte for den gravide kvinnen, er det nødvendig å vurdere kvinnens ressurser, problemer og risikofaktorer i forhold til graviditeten og det kommende barnet. På denne måten forsøker man å forstå helheten ved å se på de ytre og indre faktorer ved situasjonen til kvinnen, og å formulere problemstillinger som danner grunnlag for handling (Killén, 1991).

På det tverrfaglige møtet på Familieambulatoriet fremlegges både en medisinsk og en sosial anamnese hvor legen har ansvar for den medisinske, og sosialrådgiveren har ansvar for den sosiale anamnese. Alle faggrupper er likevel innblandet i anamneseopptakelsen hvor det fremkommer en viss overlapping. En gang i uken møtes det tverrfaglige teamet på familieambulatoriet som består av lege, jordmor, sosialrådgiver og psykolog. På møtene utveksles erfaringer om hva de forskjellige faggruppene har observert og vurdert i deres kontakt med den gravide. Dette er en viktig faglig prosess hvor det tilrettelegges tiltak ut ifra den gravides situasjon og behov (Olofsson, 2005). Innholdet i møtene kan variere ut ifra behovene til den gravide, ettersom ulike behov vil oppstå i forbindelse med den gravide trenger av oppfølging og støtte. Det kan også til tider oppstå akutte oppgaver for faggruppene i Familieambulatoriet hvor det kan være nødvendig å diskutere om andre kan ta over enkelte arbeidsoppgaver. Det er da viktig å ha kontinuerlige kontakt hvor man orienterer hverandre, koordinerer og å ha en felles referanseramme. Dersom det finnes kvinner som det ikke er oppnådd tilstrekkelig kontakt med, vil Familieambulatoriet drive med *oppsøkende virksomhet*. Det vil si at de først forsøker å få kontakt med den gravide ved å sende brev. Oppnås ikke kontakt på denne måten, drar de på besøk til den gravide. Den siste utveien er å kontakte sosialforvaltningen som kan velge å holde igjen økonomisk stønad. Det holdes likevel tverrfaglige møter som gjelder for den gravide, mellom Familieambulatoriet, sosialforvaltningen og det psykiatriske systemet hvor det fremlegges en handlingsplan for barnet og moren umiddelbart etter fødselen. Dette gjelder særlig gravide som har tilleggsdiagnose som psykisk syk (Olofsson, 2005). De ulike samarbeidspartnerne får opplysninger som er nødvendige for en helhetsvurdering. Det er også av betydning for de involverte fagpersonene fordi det kan være følelsesmessige reaksjoner så vel som faglige reaksjoner, som gjør at man feilvurderer. Ved å skape en helhetsvurdering kan det være med på å korrigere feilkildene fordi det er flere øyne på saken (Killén, 1991). På det tverrfaglige teamet har hver faggruppe ansvar for den gravide i forhold til sin særlige kompetanse.

---

## Lege

Legens hovedansvar er den medisinske anamnese. Han/hun vurderer hva slags undersøkelser og behandlinger som er nødvendig. Legen har i samarbeid med jordmor ansvar for å tilrettelegge en plan for fødselen, samt observasjon og behandling av mor og barn etter fødselen. Dersom det viser seg at det finnes andre rusmiddelrelaterte skader ved barnet, er det legen som har ansvar for å følge opp undersøkelsene og behandlinger også her. Det lages beskrivelser om pasientens forløp som leveres til sosialforvaltningen. Etter at barnet er utskrevet fra sykehuset er legens ansvar å følge opp barnet og henviser til undersøkelser og behandlinger dersom det er behov for dette. I tillegg til dette har de ansvar for å utarbeide statuserklæringer som gjelder barnet til sosialforvaltningen og andre relevante instanser. Så lenge den gravide/barnet/familien er innskrevet i Familieambulatoriet, noe de gjerne er frem til barnet begynner på skolen, har legen ansvar for å formidle informasjon som er av legelig medisinsk karakter, til sosialforvaltningen og andre samarbeidspartnere. De er også med på tverrfaglige møter i løpet av denne perioden (Olofsson, 2005). Legen har ifølge helselovgivningen, lov til å gi informasjon om pasienten uten pasientens samtykke dersom det er nødvendig i et behandlingsforløp (Sundhedsloven, 2005).

## Jordmor

Den gravide rusmiddelmissbruker vil i løpet av graviditeten bli fulgt opp av en fast jordmor. Det blir avsatt flere svangerskapskontroller enn normalt, og det er satt av mer tid til hver undersøkelse. Jordmor gir også råd og veiledning omkring kosthold og rusmiddelmissbruk og vurderer om kvinnen er i risikozonen for å føde for tidlig. De har også ansvar for at kvinnen blir lagt inn på svangerskapsavdeling. Jordmor gir rådgivning i forhold til personlige problemstillinger som for eksempel å støtte opp om at faren blir med til undersøkelser og samtaler. Hun forbereder kvinnen til fødselen hvor de besøker fødestuen og diskuterer blant annet hvem som skal være med på fødselen, fødselens faser og det nyfødte barns reaksjon (Olofsson, 2005).

### Sosialrådgiver

Den sosiale anamnese er en viktig oppgave for sosialrådgiveren<sup>1</sup>. Dette starter gjerne som den innledende fase i samarbeidet med den gravide. Sosialrådgiveren har samtaler med den gravide alene, med barnefaren eller med andre pårørende hvor aktuelle sosiale, økonomiske og juridiske problemer blir diskutert. De kontakter sosialforvaltningen eller annen instans som er nødvendig av hensyn til kvinnen og fosterets helse. Det kreves da et samtykke fra den gravide. Dersom kvinnen ikke gir sitt samtykke, kan sosialrådgiveren likevel formidle informasjon til sosialforvaltningen ved bruk av den skjerpene underretningsplikten som er beskrevet i § 35 i Serviceloven (2005).

I forhold til det tverrfaglige samarbeidet er sosialrådgiveren koordinator. Det vil si at hun tilrettelegger og innkaller til tverrfaglige møter og konferanser og skriver referater og følger opp møtebeslutninger (Olofsson 2005). Ifølge Glavin og Erdal (2007) er det viktig å ha en person som leder møtene og som koordinerer ansvar og det videre arbeidet. Det kan være nødvendig for en leder å gå gjennom planen for møtet, og på den måten sikre relevante opplysninger i saken. Det er også viktig å skape åpenhet og respektere hverandres kompetanse (Glavin og Erdal, 2007). Sosialrådgiveren har ansvar for å bringe videre beslutninger som er vedtatt på møtet til den gravide og hennes familie. Når barnet er født, er rådgiverens oppgave å sikre at nødvendige hjelpeapparater er beredt. Sosialrådgiveren fortsetter med samtaler med mor og barn etter at de er utskrevne fra sykehuset. Det tverrfaglige samarbeidet mellom aktuelle instanser i det videre forløp blir også styrt av sosialrådgiveren så lenge barnet er innskrevet i Familieambulatoriet (Olofsson, 2005). Killén (1991) er opptatt av at god og dynamisk møteledelse i et tverrfaglig samarbeid kan være med på å skape et godt møte. Det vil si en ledelse som er basert på forståelsen av dynamikken i saken og ressursene blant partene. Det er av stor betydning for et godt samarbeid at møtelederen etablerer en god samarbeidssituasjon, sikre konkretisering for å få frem

---

<sup>1</sup> Sosialrådgiver er en person som er rådgiver og gir hjelp til personer med sosiale problemer (Becker-Christensen og Olsen, 2002). En annen betegnelse for sosionom (Olsen, 2009).

---

mest mulig relevant informasjon og fordeler ansvar. Det er blant annet med på å gjøre alle i samarbeidet ansvarlige. Det er også viktig for en møteleder å strukturere det materialet og de hypoteser som er lagt frem. Dette er vesentlig for å skape en oversikt over det videre arbeidet med saken (Killén 1991).

### Psykolog

Det kan være nødvendig for noen kvinner å gå til samtaler hos psykolog. Det blir vedtatt på tverrfaglige møter om kvinnen bør få tilbud om samtaler. Temaer som gjerne blir belyst på samtalene er hvordan kvinnens tilknytning til barnet kan styrkes, samtidig som temaer omkring barnet og den gravides forestillinger om barnet også bør tas opp. Dersom den gravide har opplevd noe traumatisk, kan det være viktig å bearbeide de følelsene det innebærer slik at hun kan gi større oppmerksomhet til det kommende barnet. I enkelte tilfeller vil det også være nødvendig for psykologen å vurdere den gravides personlighetsmessige ressurser og vanskeligheter. Psykologer har per i dag kun personlig kontakt med et begrenset antall gravide på grunn av ressursmessige årsaker. Utover dette er psykologens ansvar å være med på tverrfaglige møter hvor behandlingsplanen drøftes og å være med på tverrfaglige konferanser med eksterne samarbeidspartnere. Etter barnets fødsel er psykologens oppgave å støtte og observere mor-barn-kontakten, og vurdere om det er behov for hjelp fra andre instanser. Psykologen har sammen med legen ansvar for å følge opp barneundersøkelser og formidle undersøkelsesresultatene til sosialforvaltningen og andre relevante instanser (Olofsson, 2005).

### Sekretær

På Familieambulatoriet har sekretærene en viktig rolle. Det er viktig at pasientene føler seg velkomne og det er sekretærenes oppgave å ta imot dem og være oppmerksomme på hva den gravide har behov for under oppholdet. På grunn av samarbeid med andre instanser vil sekretærene i tillegg ha ansvar for telefonaktivitet, møtoreferater, journalskriving, statuserklæring m.m. Dette er informasjon som skal videre til andre instanser, og som kan være grunnlag for betydningsfulle beslutninger

for mor og barn i fremtiden. Mye av det skriftlige arbeidet er akutt og det er derfor nødvendig at sekretærene er tilgjengelige for teamet (Olofsson, 2005).

## 3.2 Tverrsektorielt samarbeid

Et tverrsektorielt samarbeid er et samarbeid hvor man arbeider på tvers av forvaltninger eller myndigheter. Det kan være samarbeid mellom fagpersoner med samme yrkesbakgrunn fra ulike forvaltninger og/eller mellom fagpersoner med ulike yrkesbakgrunn fra ulike forvaltninger. På mange måter kan man si at tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid er av samme betydning, men det som utgjør den største forskjellen er regler for taushetsplikten. I et tverrsektorielt samarbeid er reglene for taushetsplikt vesentlig strammere enn når man samarbeider innen samme forvaltning (Hansen, 1999).<sup>2</sup>

I de tilfeller hvor det tverrfaglige teamet på Familieambulatoriet kommer frem til at det er behov for supplerende eksterne fagpersoner (jf. 2.2) blir disse innkalt til en tverrsektoriell konferanse. Formålet med konferansen er å tilføre kunnskap og utdype problembeskrivelsen slik at sosialforvaltningen kan vurdere behovet for hvilke tiltak som skal settes i verk. Det blir skrevet en kortsiktig og en langsiktig behandlingsplan hvor det avklares rolle- og kompetansefordeling på tvers av systemene. Ut fra konferansen dannes et nytt team som har et felles behandlingsansvar sett ut fra et helhetssyn. (Olofsson, 2005). Dette mener Killén (1991) er nødvendig slik at man kan reflektere over, og drøfte ulike måter å behandle kvinnen og barnet på. Vanligvis deltar ikke kvinnen selv i de tverrfaglige møtene. Dette skal kun være et møte for de profesjonelle aktørene som deltar i samarbeidet. Bakgrunnen for dette er at fagpersonene mener det kan være svært belastende for en kvinne, som er i en slik situasjon, å være til stede med fagpersoner som blant annet vurderer hennes fortid, nåtid og fremtid. Det har også vist seg at fagpersonene kan trekke seg litt tilbake og

---

<sup>2</sup> Taushetsplikt diskuteres nærmere i punkt 3.3.

---

ikke legge frem alt de vet om kvinnen, nettopp fordi hun er tilstede. Dette kan være med på å hemme den hjelpen og støtten hun har bruk for fremover. En annen grunn er at hennes partner kanskje også ønsker å bli med på møtet, og det kan da være problematisk i forhold til belastende opplysninger. Kvinnen blir opplyst om møtet og hun får en umiddelbar tilbakemelding på møtets innhold og hvem som har deltatt. Det er sosialforvaltningens saksbehandler som orienterer kvinnen om møtet (Olofsson, 2005).

### 3.3 Taushetsplikt

Et tverrfaglig samarbeid skal blant annet sikre at familier som trenger hjelp får kvalifisert støtte. Det innebærer et samarbeid på tvers av etater og fagpersoner hvor det vil være behov for å kommunisere og dele nødvendig informasjon. En fagperson som deltar i et tverrfaglig samarbeid er underlagt taushetsplikt.

Det er nødvendig å kommunisere og utveksle informasjon. Det er viktig å være klar over taushetsplikten, også de bestemmelsene som gjelder for den faggruppen man er i (Kjønstad, 2001). På Familieambulatoriet samarbeider man innen en forvaltning, men også på tvers av sektorer hvor man må dele nødvendig informasjon for å kunne foreta behandling og hjelpe kvinnen og barnet. Det vil si at nødvendige opplysninger også blir gitt på tvers av forvaltningene. Forvaltningsloven i Danmark går blant annet ut på at det ikke skal gis opplysninger til en annen forvaltning dersom man ikke får samtykke fra den gjeldende personen. Det finnes likevel unntak hvor det i visse tilfeller kan være nødvendig å gi opplysninger til en annen forvaltning.

Forvaltningsloven § 28 (1985) som gjelder for personer som er ansatt i den offentlige forvaltning slår fast at nødvendige opplysninger kan gis dersom personen det gjelder, gir samtykke:

§28. Stk. 2. Vidergivelse af de i stk 1 nævnte oplysninger kan dog ske, når

1) den, oplysningen angår, har givet samtykke

- 2) det følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov, at oplysningen skal videregives,
- 3) videregivelsen sker til varetagelse af private eller offentlige interesser, der klart overstiger hensynet til de interesser, der begrunder hemmeligholdelse, herunder hensynet til den, oplysningen angår, eller
- 4) videregivelsen er et nødvendig led i sagens behandling eller er nødvendig for, at en myndighed kan gennemføre tilsyns- eller kontrolloppgaver.

Det kan oppstå situasjoner hvor det ikke lykkes å få samtykke fra barnets foreldre. Det kan da være aktuelt som ansatt å spørre seg selv om det er en grunn til at de ikke ønsker det. Det kan være grunner til at ikke samarbeidet med foreldrene fungerer, kanskje er problemet presentert for dårlig? Kanskje er det blitt lyttet for lite til foreldrene? Det kan være flere problemer som kan løses som er mer fruktbare enn å bruke maktmidler (Hansen, 1999). Ifølge Bastrup (2000) er det viktig å skape en *god dialog* og være åpen med personene det angår for at de ikke skal føle at man går bak ryggen på dem. Røkenes og Hanssen (2006) mener at *relasjonen* er viktigere enn det som blir sagt og gjort. De har sett på to vesentlige forhold som danner grunnlag for denne uttalelsen. Det er for det første at vi alle er sårbare og har en selvfølelse. Det er viktig at selvfølelsen ikke blir rammet av en fagperson. For det andre er det kommet frem i en brukerundersøkelse at klientene selv mener at relasjonen står sentralt når de har opplevd god hjelp. Tillit og respekt for fagpersonen har vist seg å være betydningsfullt, og også det at fagpersonen har viet rom, tid og plass. På denne måten har klienten åpnet seg ved å fortelle om sine vanskelige forhold og han/hun er mer åpen for innspill fra fagpersonen. ”I forlengelsen av dette skjer gjerne en positiv utvikling” (Røkenes og Hanssen, 2006, s. 157).

### Underretningsplikt

Alle ansatte i helse- og sosialsektoren har taushetsplikt i alle tilfeller som berører pasienten/klienten, med unntak av forhold som berører barn (Olofson, 2005). Dersom man får kjennskap til at et barn under 18 år har behov for særlig støtte og/eller kvinner med alvorlige rusmiddelproblemer hvor det er behov for særlig støtte, gjelder den skjerpene underretningsplikten.



---

Serviceovens §35 (2005) opplyser:

Socialministerene kan fastsette regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller hvern, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til forhold, der giver formodning om, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte.

Stk. 2. Socialministeren kan fastsette regler om underretningspligt for andre grupper af personer, der under udøvelse af deres erhverv får kendskab til forhold, som bevirker, at der kan være anledning til foranstaltninger efter denne lov.

Stk. 3. Socialministeren kan fastsette regler, hvorefter personer, der udøver offentlig tjeneste eller hvern, skal underrette kommunen, hvis de under udøvelsen af deres tjeneste eller hvern får kendskab til en gravid kvinde med alvorlige misbrugsproblemer, der giver formodning om, at der er behov for støtte. Socialministeren kan fastsette tilsvarende regler for andre grupper, der under udøvelsen af deres erhverv får kendskab til sådanne forhold.

Serviceoven § 36 (2005) opplyser:

Den, der får kendskab til, at et barn eller en ung under 18 år fra forældres eller andre opdragers side udsættes for vanrøgt eller nedværdigende behandling eller lever under forhold, der bringer dets sundhed eller udvikling i fare, har pligt til at underrette kommunen.

Selv om taushetsplikten skal verne om den personlige integriteten, trenger den likevel ikke å være et hinder for felles tverrfaglig innsats. Å få samtykke fra den/de personene det gjelder, er et av de viktigste unntakene (Glavin og Erdal, 2007).

Familieambulatoriet består av et samarbeid med både helsepersonell og sosialforvaltningen. For å bidra til å gi moren og barnet kvalifisert støtte er det nødvendig med tverrfaglig samarbeid. Enkelte forhold må derfor underrettes andre

instanser. Det er kommunalbestyrelsen som har beslutningskompetansen og som derfor har mulighet til å kreve alle saker forelagt til behandling, med unntak av saker som dreier seg om enkeltpersoners private forhold grunnet personfølsomme opplysninger som ikke kan behandles av kommunalbestyrelsen (Bastrup, 2000).

### 3.4 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid

Samarbeid krever mer enn bare å ha kompetanse innenfor sitt fagfelt, men fagkompetansen er likevel et nødvendig bidrag. Røkenes og Hanssen (2006) beskriver handlingskompetanse og relasjonskompetanse som to former for kompetanse som til sammen utgjør *fagkompetanse*. Handlingskompetanse utgjør kompetansen om kunnskap og ferdigheter. Det vil si at man gjør noe med eller for den andre. For å utføre dette på en optimal måte må man i tillegg ha relasjonskompetanse, som innebærer relasjonelle ferdigheter og etisk refleksjon. Det vil si å gå inn i en relasjon hvor det legges til rette for god kommunikasjon, og forholde seg til det som er best for den andre. Det handler om å kjenne seg selv, forstå den andre, og forstå det samspillet som skjer mellom en selv og den andre. Handlingskompetanse og relasjonskompetanse skal danne en helhet som til sammen utgjør yrkeskompetanse eller fagkompetanse.

Samarbeid mellom forskjellige fagpersoner kan på mange måter være problematisk. Det kan dreie seg om inngrodde vaner som er vanskelige å endre, ulike faglige tradisjoner, forskjellig tilgang til en sak, og annet (Hansen, 1999). Et velfungerende samarbeid krever innsats fra flere hold. Det forutsettes at de delaktige aktørene har kompetanse i teoretisk forståelse og praktiske erfaringer fra eget fag. Felles målsetning og en klar rollefordeling i samarbeidet er helt nødvendig for at det skal lykkes. Det er også viktig at samarbeidspartnerne har realistiske forventninger til samarbeidet (Glavin og Erdal, 2007).

Andre forutsetninger som bør ligge til grunn for at et godt samarbeid skal finne sted, er ifølge Glavin og Erdal (2007):

- Ledelse
- Verdigrunnlag
- Samarbeidskompetanse
- Plan for opplæring
- Kunnskap og ferdigheter

### **3.4.1 Ledelse**

Å skape en hensiktsmessig kultur på arbeidsplassen er viktig for å skape gode resultater. Det er ulike synspunkter på hva ledelse er. En leder kan ifølge Bakka og Fivelsdal (1998) påvirke sine medarbeidere gjennom motivasjon, og gjennom å skape engasjement og vise interesse. Lederskap går også ut på å formulere nye mål, inspirere til innsats og samarbeid mellom medarbeiderne. Ifølge Senge (1999) er det viktig at de ansatte får muligheten til å være delaktige og bruke sine kreative evner. Å arbeide i en organisasjon krever at medarbeiderne vet hvilke mål og verdier som er viktige for fellesskapet.

En organisasjon kan følge fem disipliner:

- *Systemtenkning*. Dette er en helhetlig tenkning hvor man integrerer de andre disiplinene og setter dem sammen slik at det blir en enhet av teori og praksis. Man arbeider sammen i et fellesskap med gjensidige forbindelser.
- *Personlig mestring* går ut på å klargjøre sin personlige utvikling og ha realistiske oppfatninger av virkeligheten.

- *Mentale modeller* er våre indre oppfatninger av og antakelser om omverdenen og hvordan vi handler ut ifra dem. Det kan være oppfatninger som setter begrensninger og kan påvirke måten vi tenker og handler på.
- *Å skape en felles visjon* handler om å ha en felles identitet og et felles mål. Dette vil være med på å skape et felles bilde av fremtiden.
- *Gruppelæring* dreier seg om evnen til å se hvordan en gruppe kan lære å tenke fellesskap. Å skape en gruppe som fører en åpen dialog uten å være sneversynt eller i forsvarsposisjon er avgjørende.

De nevnte disiplinene er viktige for at systemtenkning skal fungere og de må utvikles parallelt (Senge, 1999). Det er viktig å skape en felles forståelsesramme og felles verdier innad i en organisasjon, slik at dette kan være med på å skape mer innsatsvilje og lojalitet. Det er lederens ansvar å utvikle og støtte opp om et slikt samarbeid (Glavin og Erdal, 2007). Det er også viktig at et tverrfaglig samarbeid bygger på samme prinsipper. Det må avklares målsettinger og verdier, som er nødvendige for et godt samarbeid. Hansen (1999) mener at dersom et tverrfaglig samarbeid skal lykkes, er det nødvendig at det blir fulgt opp, organisatorisk og ledelsesmessig. Perspektivet for det tverrfaglige samarbeidet er at det utvikler seg, og danner grunnlaget for en lærende organisasjon. Det vil si at teamene i samarbeidet tilpasser seg arbeidet ut fra et felles mål, og at man i fellesskap reflekterer over resultatene og vurderer tilretteleggelse av hjelpen videre. Ifølge Killén (2003) bør det være en nøkkelperson, en koordinator som er ansvarlig for det tverrfaglige samarbeidet. Koordinatorens oppgave er blant annet å fordele ansvar, strukturere og innkalle til møter, klarere normer og fremdrift av saksgangen. Killén (1991) hevder at god koordinering har stor betydning for utfallet av behandlingsopplegget, mens dårlig koordinering er ressursspill.

---

### 3.4.2 Verdigrunnlag

I et tverrfaglig samarbeid er det helt nødvendig å ha et tilnærmet likt verdigrunnlag. Samarbeidet vil bestå av personer med ulike yrkes- og utdanningsbakgrunn som har forskjellige utgangspunkt. Det kan derfor være viktig å klargjøre hverandres menneskesyn og holdninger som blir uttrykt gjennom meninger og standpunkter (Glavin og Erdal, 2007). Innholdet av verdien kan ses på som idégrunnlaget for viktige handlinger, og intensiteten i verdien sier noe om hvor viktig verdien er for en person. Kaufmann og Kaufmann (2003) ref. i Glavin og Erdal (2007) mener det er av betydning å kartlegge verdiene til lederne og de som deltar i samarbeidet. Verdier som kan være viktige i arbeid med barn og familier kan blant annet være å ha et humanistisk menneskesyn, respekt, åpenhet og redelighet og anerkjenne ulikheter. Enhver som arbeider i et tverrfaglig samarbeid bør bli bevisst sine verdier og hva ens eget arbeidsfelt står for.

Å ha et *humanistisk menneskesyn* vil si at man har troen på mennesket og at mennesket ut ifra egne ressurser og kapasitet har mulighet til å se sine egne problemer og å ha evnen til å utvikle meningsfulle handlingsstrategier som de kan håndtere. Fagpersoner og den enkelte familie eller hele befolkningen må samarbeide om en felles løsning på problemene ut fra den enkeltes forutsetning (Glavin og Erdal, 2007). At aktørene i samarbeidet har felles syn på å håndtere problemet og å ha tro på og bruke hverandres ressurser, er elementært.

*Respekt* og gjensidig respekt er en grunnleggende verdi i relasjoner med andre mennesker. Det er viktig å være anerkjennende overfor hverandre selv om man ikke har de samme synspunktene. Man viser respekt ved å ta den andre på alvor, vise anerkjennelse, kunne se en sak fra en annen synsvinkel og kunne svare på andres utspill med sin egen forståelse (Glavin og Erdal, 2007). Ifølge Hansen (1999) er det viktig å ha kjennskap til sin egen og samarbeidspartnerens faglighet for at samarbeidet skal lykkes. Å respektere hverandres faglighet og se styrken i samarbeidspartnerens viten er vesentlig. Helse- og omsorgsdepartementet i Norges offentlige utredninger, (NOU, 2005) hevder det må være likeverdighet mellom aktørene som skal inngå i et

samarbeid. En forutsetning for dette er at aktørene har en fagkompetanse i samhandlingen og at kompetansen blir anerkjent.

*Åpenhet og redelighet* er viktig i et tverrfaglig samarbeid. Det er nødvendig å ta opp vanskelige saker, men jo tidligere saker blir tatt opp, desto bedre. På denne måten kan unødvendig snakk og irritasjon unngås. Det er derfor viktig at det skapes rom for slike samtaler hvor det vises trygghet og hvor man kan lytte til hverandre uansett hva det gjelder. Dette vil igjen påvirke arbeidet rettet mot de menneskene man skal hjelpe (Glavin og Erdal, 2007).

Å *anerkjenne hverandres ulikheter*, både deres styrker og svakheter kan være med på å gjøre et samarbeid fruktbart. Man kan på denne måten bli inspirert av andres synspunkter, noe som kan bygge videre på et samarbeid som blir styrket nettopp fordi man bruker hverandre (Glavin og Erdal, 2007). Å ha kjennskap til samarbeidspartneres ulike kvaliteter og kompetanser, er med på å styrke samarbeidet (Hansen, 1999).

### **3.4.3 Samarbeidskompetanse**

Glavin og Erdal (2007) mener at samarbeidskompetanse er en forutsetning for tverrfaglig samarbeid. Samarbeidskompetanse menes i denne sammenheng som brukerorientering, helhetsforståelse, problemløsningsevne, samarbeidsevne, fleksibilitet og omstillingsevne. Å fokusere på brukerne vil være med på å sette profesjonsinteressene til siden, noe som kan føre til et større behov for samarbeidskompetanse.

*Problemløsnings- og samarbeidsevne* er viktig når man skal drive en profesjonell virksomhet. Det er snakk om å kunne løse problemer og sette i gang tiltak som er relevante på grunnlag av den informasjon og det problemområdet man har å jobbe ut ifra. For å ha evne til å samarbeide, er det viktig med kommunikasjon, og forståelse for å se hvordan en gruppeprosess er preget av respekt og likeverd (Glavin og Erdal,

---

2007). Informasjon og kommunikasjon mellom gruppemedlemmene er av stor betydning for godt samarbeid, ifølge Hansen (1999).

*Fleksibilitet og omstillingsevne* er evnen til å se samspillet mellom kvalifikasjoner innen fagprofesjoner og den enkeltes allmenne kompetanse (Ekeli, 1992, ref. i Glavin og Erdal, 2007). Ifølge Killén (1991) er det nødvendig å ta hensyn til hverandres profesjon. Det innebærer også at man er klar over hvilke oppgaver som er egnet for yrkesgruppene som deltar i samarbeidet.

#### **3.4.4 Plan for opplæring**

Igangsetting av et tverrfaglig samarbeid kan på mange måter være vanskelig. Et betydelig problem i saksbehandling kan forårsakes av lavt tempo som skyldes at sakene går fra instans til instans og dersom en sak blir liggende i en instans vil dette skape forsinkelse også på neste sted (Lauvås, K og Lauvås, P., 2006). Ifølge Glavin og Erdal (2007) skal det foreligge egne opplæringsplaner for etaten og en kompetanseoppbyggingsplan for de ansatte. Kommunene bør ha en felles opplæringsplan for samarbeidskompetanse som blant annet har som mål å videreutvikle det tverrfaglige samarbeidet. Tverrfaglig samarbeid på tvers av etatene krever forpliktelse fra de ulike instansene som er involvert.

Fagkompetansen til hver enkelt i et tverrfaglig samarbeid er nødvendig for å få til et konstruktivt samarbeid. Det er de respektive faggruppene som har ansvar for utvikling av fagkompetanse. Opplæring innenfor tverrfaglige samarbeidsmetoder er nødvendig og bør ivaretas av kommunen samt være forankret i kommunens planer. Det er også nødvendig å legge til rette for samarbeid og påse at noen har ansvar for at det blir gjennomført (Glavin og Erdal, 2007).

#### **3.4.5 Kunnskaper og ferdigheter**

For at deltakerne i et samarbeid skal oppnå samarbeidskompetanse av høy kvalitet er det viktig at de får opplæring i *kommunikasjon, kommunikasjonsprosessen* og

*samarbeidstrening*. Det er viktig å vedlikeholde kunnskapene og det vil også til tider være utskifting av ansatte som har behov for opplæring. I noen kommuner finnes det en koordinator som har ansvar for at samarbeidet fungerer og som følger opp opplæringsplaner (Glavin og Erdal, 2007). Ifølge Andersen, Gundelach og Rasmussen (2005) kan det være en fordel å analysere det eksisterende samarbeidet. Det kan eksempelvis gjøres ved å sette opp spørsmål om egne forventninger til samarbeidet, hva man forventer av andre, hvilke faggrupper som er med og hva de kan bidra med. Å skape en felles forståelse mellom faggruppene er vesentlig for at samarbeidet skal fungere. Det er derfor viktig å avklare dette på forhånd (Andersen, Gundelach og Rasmussen, 2005). Man kan på denne måten få bedre forståelse for, og bedre kunnskap om det tverrfaglige samarbeidet.

”Kommunikasjon er essensen i alt samarbeid.” (Glavin og Erdal, 2007, s.66). Som fagperson i en yrkesrolle stilles det bestemte krav til dem som kommuniserer. Partene samhandler ut fra bestemte overordnede mål for arbeidet, og det stilles på den måten andre forventninger til hverandre enn i et privat møte. En god kommunikasjon forekommer i de tilfeller hvor partene forstår hverandres utvekslede informasjon og/eller at de forstår hva den andre parten mener. Det er viktig å ha mellommenneskelig kommunikasjon hvor man handler ut fra bestemte verdier som man ønsker å fremme i samhandlingen. Det kan for eksempel være verdier som trygghet, åpenhet, tillit og følelse av kontakt (Røkenes og Hanssen, 2006). Sett ut fra diskursetikken, handler det om at en aktør legger vekt på å være i dialog med andre mennesker som samarbeidspartnere, anerkjenne forskjeller, anerkjenne alle perspektiver som legitime og gyldige, unngå marginalisering, og se på andre som likeverdige. Dette har sitt utspring fra Habermas` universaliseringsprinsipp som går ut på at ”en norm kan anses som riktig når alle berørte aktører kan akseptere de antatte konsekvensene som normen kan ha for realiseringen av interessene deres (Habermas, 1999, ref. i Røkenes og Hanssen, 2006 s. 32).



---

## 3.5 Tidligere forskning

Yngve Carlsson analyserte i 1996 et prosjekt for hvilke kriterier som skulle til for et vellykket tverrfaglig samarbeid (Hansen, 1999). Lauritzen og Waal (2003) hevder å kunne bekrefte at forskning fra en rekke land omkring problemfylt bruk av rusmidler i hjemmet, skaper grunn for stor uro i forhold til barna og hjelpeapparatet. Studiene viser at det er sammenheng mellom alvorlige atferdsvansker og belastninger under oppveksten. Jeg vil presentere en undersøkelse utført av statens institutt for rusmiddelforskning (2006), og en dansk undersøkelse utført av Morten Ejrnæs (2006). Sistnevnte omhandler holdninger i ulike faggrupper i tverrfaglig samarbeid.

### 3.5.1 En casebasert analyse

En casebasert analyse utført av Yngve Carlsson (1996, ref. i Hansen, 1999) har fastsatt kriterier ut fra et konkret prosjekt som har ført til et suksessfullt tverrfaglig samarbeid. Carlsson fant ut at *rikelige ressurser* var en viktig forutsetning for et vellykket samarbeid. Ressurser som at medarbeiderne hadde tid til forbereding, tid til å tenke på hverandre og snakke sammen. *Forskjellig, men likeverdig kompetanse* mellom medlemmene i samarbeidet er en annen nødvendig forutsetning. Det innebærer at medlemmene har noe å komme med og at alle i gruppen har et ønske om å bidra, fordi opplevelsen av deres kompetanse blir verdsatt av de andre. Det forutsettes at partene har en *felles kultur* med felles normer, verdier og forståelsesformer om saken som skal behandles. *Et felles kursforløp* som faglig etterutdanning, som viste seg å være av betydning for teamfunksjonen, var avgjørende for et velfungerende samarbeid. *Kommunikasjonen* og drøftingen mellom faggruppene var med til å skape en felles enighet som på grunnlag av felles verdier, var med på å styrke prosessens forløp (Hansen, 1999). Carlssons kriterier underbygger Glavin og Erdals (2007) forutsetninger om hva som er nødvendige i et tverrfaglig samarbeid (jf. punkt 3.4).

### 3.5.2 SIRUS

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har skrevet en rapport på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet. Rapporten omhandler tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer i Norge. De har sendt ut spørreskjemaer til et bredt spekter av hjelpeapparater, både til førstelinjens helse- og sosialtjeneste, til spesialhelsetjenester og til frivillige organisasjoner og tiltak. Resultatene viste blant annet at dagens tilbud er lite helhetlig bygget opp. Det er noen enkeltstående tiltak som er bra, men det er likevel ingen gjennomgående strategi for å bli oppmerksom på barn som lider under foreldres rusmiddelmisbruk og iverksetting av tiltak. Det finnes ulike behandlingstilbud og hvilken behandling man får, avhenger av hvor i landet man bor. Det viser seg at helsestasjonene har en sentral rolle i dette arbeidet og at befolkningen har stor tillit til dem. Allmennpraktiserende leger har også en sentral rolle i arbeid med familier med rusmiddelproblemer. Helsestasjonen og legen kan imidlertid ikke stå alene med arbeidet, og undersøkelsen tyder på at det ikke alltid er like lett å få i gang et samarbeid med barnevernstjenesten så tidlig som i svangerskapet. På grunn av knappe ressurser i barnevernstjenesten viser det seg at de vier størst oppmerksomhet til inntreffende kriser (Solbakken og Lauritzen, 2006).

Det er primærhelsetjenesten og de øvrige kommunale hjelpetjenestene som i mange deler av landet tar seg av en mindre befolkningsgruppe og de ansatte på førstelinjenivå vil derfor få mindre erfaring med barn og familier med rusmiddelproblemer. Dette fører til at det blir vanskeligere å bygge opp solid kompetanse på førstelinjenivå (Solbakken og Lauritzen, 2006).

### 3.5.3 Morten Ejrnæs' undersøkelse

Morten Ejrnæs er en dansk sosiolog som de siste årene har gjennomført en omfattende undersøkelse i Danmark. Han fokuserer på å analysere og beskrive grunnlaget for det tverrfaglige samarbeidet. Undersøkelsens tittel er *"forskjellige profesjoners syn på barn og deres sociale problemer"*. Ejrnæs tar utgangspunkt i beskrivelsen av fire sentrale samarbeidspartnere som jobber med utsatte barn;

pedagoger, helsesøstere, saksbehandlere og lærere. Undersøkelsen tar opp de profesjonelles holdninger til hverandres oppgaver, og hver enkelt faggruppes syn på hvordan man skal ta fatt på barnets sosiale problem (Ejrnæs, 2006). Resultatene av undersøkelsen viser blant annet at det er holdningsforskjeller mellom faggruppene. Det viser seg i undersøkelsen at faggruppene har ulik oppfattelse av formålet med et tverrfaglig samarbeid. Det er også uenigheter omkring holdninger i forhold til å arbeide med barn og deres problemer. Ejrnæs (2006) kom i sin undersøkelse også frem til at det kan være vesentlige forskjeller innad i en faggruppe. Han avkrefter den alminnelige antakelse om at det kan være problematisk med et tverrfaglig samarbeid fordi faggruppene har forskjellige arbeidsfunksjoner, ulik utdanningsbakgrunn og forskjellig organisasjonskultur. Han kom frem til at holdningsforskjellene som finner sted i et samarbeid er nesten like stor innen egen faggruppe som på tvers av faggruppene.

## 4. Forskningsmetode

### 4.1 Metodisk tilnærming

Det som karakteriserer empirisk forskning, er at man ut fra et valgt tema som man ønsker å studere, observerer og samler opplysninger om temaet og fenomener fra den sosiale virkeligheten. Bruk av metode og strategier skal være med på å klargjøre hva som skal observeres, hvem man skal observere, og hvordan det skal gjøres. Systematiske metoder skal også være til hjelp for hvordan man skal registrere, beskrive, tolke og analysere opplysningene (Befring, 2007). I tråd med Befrings uttalelser har jeg gjennomgått en prosess om valg av metode som jeg har måttet overveie ut fra problemstillingen som er:

*Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet i København-modellen i forhold til oppfølging av rusmiddelmisbrukere og deres barn i praksis?*

Målet med undersøkelsen var å finne ut av hvordan informantene opplever det tverrfaglige samarbeidet, hva de forventer og hvordan samarbeidet fungerer i praksis. Jeg var også interessert i å finne ut av hvordan informantene tror den gravide/moren opplever samarbeidet. For å besvare problemstillingen ovenfor valgte jeg å bruke en kvalitativ forskningstilnærming. Hensikten med kvalitativ tilnærming er at man utvikler forståelsen av visse fenomener ved å høre andres opplevelser av virkeligheten (Dalen, 2004). I min undersøkelse var det også viktig å få frem de ansattes opplevelse av samarbeidet. Ved å bruke en kvalitativ metode fikk jeg en dypere forståelse av informantenes erfaringer og deres opplevelse av samarbeidet.

#### 4.1.1 Førforståelse

Førforståelse er meninger og oppfatninger vi har dannet på forhånd i forhold til det fenomenet som skal studeres (Dalen, 2004). Det er nødvendig å være bevisst på sin

---

førforståelse. Den kan ofte forveksles med fordommer. Ifølge Gadamer (ref. i Dalen, 2004) kan man ikke være helt fordomsfri. Vår førforståelse og våre fordommer vil påvirke oppfatningen vår av hva en person sier.

Førforståelse vil ligge til grunn og er viktig når man skal tolke et materiale og utvikle forståelsen av dette. På en eller annen måte vil fordommer og forståelse komme til uttrykk ved analyse og tolkning av data (Gulddal og Møller, 1999). Som forsker er det viktig å være bevisst sin rolle og være oppmerksom på at førforståelsen på en eller annen måte vil ha innvirkning på undersøkelsen. Da jeg leste om København-modellen ble den fremlagt som en velfungerende modell hvor det tverrfaglige samarbeidet fungerte bra. I forkant av min undersøkelse hadde jeg en forståelse av at tverrfaglig samarbeid kunne by på utfordringer. Jeg var derfor interessert i de ansattes opplevelse av tverrfaglighet og samarbeid. I arbeid med gravide rusmiddelmissbrukere er det mange hensyn å ta og ulike perspektiver som spiller inn. Legene fokuserer på det medisinske, mens sosialrådgiver ser på den sosiale delen som mest betydningsfull. Ideen om et tverrfaglig team som består av flere ulike faggrupper, gjorde meg nysgjerrig på hvordan de kom frem til gode løsninger i fellesskap, løsninger som førte til tilfredshet hos den gravide - og ikke minst det kommende barnet. Jeg mener de ulike faggruppene har betydningsfulle roller og at de ulike perspektivene er helt nødvendige for å kunne se fremgang hos kvinnen og barnet. Med bakgrunn i min førforståelse var mitt mål, ved å gjennomføre denne undersøkelsen, å få et nyansert innblikk i faggrupper som følger København-modellen og hvordan de arbeider.

## 4.2 Utvalg

For å finne et utvalg som er mest mulig formålstjenlig, kom jeg frem til et utvalg av personer i henhold til et pragmatisk perspektiv. Man bruker eget skjønn for å avgjøre hvem det er hensiktsmessig å ha med i utvalget (Befring, 2007). I mitt tilfellet var det viktig å intervju ansatte som er en del av det tverrfaglige samarbeidet i København-modellen for å få svar på mine antakelser. Jeg startet med å kontakte Familieambulatoriet i København. Jeg kontaktet dem via telefon og e-post og fikk

raskt positiv tilbakemelding. Jeg presenterte mitt prosjekt ved å sende dem prosjektplanen som inneholdt blant annet bakgrunn for valg av tema, problemstilling og metode. Jeg beskrev også ønskede kriteriene for utvalget. Jeg fikk tilbakemelding av fire ulike aktører som er med i det tverrfaglige samarbeidet i forbindelse med København-modellen. De ønskede kriteriene for utvalget var:

- At informantene hadde vært ansatt i minst fire år,
- At de var utdannede fagpersoner, og
- at de hadde ulike utdanningsbakgrunner

Jeg ønsket at de ansatte skulle ha erfaring fra nåværende arbeidsplass siden det kan gi et større innblikk i hvordan samarbeidet har fungert over tid. Jeg ønsket å ha ulike faggrupper og utdanningsbakgrunner representert. Dette var kriterier som ble oppfylt da jeg fikk tildelt informanter. Informantene representerer både Familieambulatoriet og eksterne samarbeidspartnere. I etterkant ser jeg at det også kunne ha vært spennende å intervju rusmiddelmissbrukere som har blitt fulgt opp på Familieambulatoriet. Det hadde vært ønskelig å få innblikk i deres perspektiv. Det ble ikke gjennomført av tidsmessige årsaker.

### 4.3 Semistrukturert intervju

Et kvalitativt intervju fokuserer både på opplevelsesdimensjonen og den ser på beskrivelsen av de forholdene personen lever under. Det vil være en god måte å få innblikk i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser. Et semistrukturert intervju vil skape større rom for informantenes egne opplevelser og erfaringer (Dalen, 2004). I mine intervju undersøkte jeg blant annet *informantenes opplevelse, funksjon, og forventninger* til det tverrfaglige samarbeidet. Jeg benyttet meg av intervju med åpne spørsmål. På denne måten sto informanten mer fritt til selv å fortelle det han/hun ønsket. Jeg fulgte en intervjuguide med spørsmål for å få frem så mye relevant

---

informasjon som mulig for problemstillingen. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål dersom det var nødvendig i forhold til problemstillingen.

### **4.3.1 Utarbeidelse av intervjuguide**

Ved semistrukturert intervju i studier, er det nødvendig å utarbeide en intervjuguide. En intervjuguide skal inneholde temaer man ønsker å belyse i studiet. Den skal inneholde relevante spørsmål sett ut fra problemstillingen. Det er viktig å arbeide med intervjuguiden ettersom resultatene av datamaterialet skal brukes i analysen. Det kan være lurt å stille beskrivende spørsmål slik at informanten åpner seg. Man bør stille spørsmål som fører til en rolig og avslappet stemning, og det kan være fordelaktig å starte med spørsmål som er lite følelsesladet (Dalen, 2004). Et intervju kan foregå på en teoripåvirket måte (Wormnæs, 2007). Min intervjuguide (vedlegg, 2) ble utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen og underspørsmålene som er beskrevet i innledningen, kjennskap til København-modellen og tverrfaglig samarbeid, samt tidligere forskning. Informantene fikk en skriftlig oversikt over problemstillingen og underpunktene i forkant av intervjuene. Temaene tok utgangspunkt både i informantenes perspektiv og deres forventninger i arbeidet, innvirkning av taushetsplikt, og den gravide/morens perspektiv. Intervjuguiden bestod av fem temaer som belyses i analyse- og drøftingsdelen i denne oppgaven. Teoretiske kunnskaper, innsikter og oppfatninger ligger altså til grunn i min undersøkelse. Etter at analysen av intervjuene var gjennomført, ble det gjort små endringer i teoridelen.

### **4.3.2 Intervjuprosessen**

Ifølge Dalen (2004) bør det foretas et prøveintervju. Det kan være en fordel både for å teste ut intervjuguiden, teste seg selv i en intervjusituasjon, og for får prøve det tekniske utstyret.

I begynnelsen av januar 2009 foretok jeg et prøveintervju. Informanten var en dansk helsesøster med kjennskap til København-modellen. Det var en relevant informant hvor jeg også fikk testet intervjuguiden på en dansktalende person ettersom dette i seg

selv også kunne bli en ekstra utfordring. Jeg var i forkant spent på hvordan vi ville forstå hverandre i forhold til språket. Å snakke tydelig og gjennomføre intervjuet i trygge omgivelser for informanten, var et element som jeg mener førte til at informanten slappet mer av. Spørsmålene jeg stilte ble forstått. Jeg registrerte imidlertid at jeg i for liten grad ga muligheter for pauser. Det gjorde meg bevisst på at jeg i neste intervju ville gi informanten mer tid til å svare på spørsmål før jeg eventuelt stilte oppfølgingsspørsmål. I etterkant av intervjuet diskuterte jeg intervjuet og intervjusituasjonen med prøveinformanten for å få innblikk i hennes opplevelse av spørsmålene, og måten jeg forholdt meg på. Dette førte til at jeg foretok enkelte små justeringer av intervjuguiden. Hovedkategoriene ble likevel stående.

For å legge forholdene mest mulig til rette for informantene valgte jeg å gjennomføre intervjuene på deres arbeidsplass. Jeg mener det var en fordel å møte dem på et sted der de følte seg trygge og komfortable. I forkant av hvert intervju forklarte jeg fremgangsmåten og bruken av diktafon. Jeg gav dem i tillegg mulighet til å stille spørsmål dersom det var noe de lurte på. Småsnakking før selve intervjuet tror jeg førte til at både jeg selv og informantene følte oss roligere og mer avslappet i selve intervjusituasjonen. Etter å ha foretatt intervjuet, og diktafonen var slått av, pratet vi litt om intervjuet, og informantene hadde mulighet til å stille spørsmål dersom det var noe de lurte på.

#### 4.4 Analyse og tolkning av materialet

Det er uenigheter blant vitenskapsteoretikere og forskere omkring forholdet mellom tolkning av tale og tekst. Ifølge Dalen (2004) er intervju en tekst som forsvinner etter at intervjuet er over. Ved at man tar opp intervjuet på lydbånd og transkriberer intervjuet, kan dette imidlertid defineres som en tekst og den er dermed åpen for tolkninger. Da jeg intervjuet de fire fagpersonene om deres tanker omkring tverrfaglig samarbeid og deres funksjon i arbeidet, var min jobb å tolke deres budskap.



---

#### 4.4.1 Hermeneutikk

Ordet hermeneutikk stammer fra gresk og har i dag betydningen ”fortolkningskunst”. Teoretikeren Friedrich Schleiermacher mente at man brukte hermeneutikken i daglig samtale med andre, ved å prøve å forstå andres meninger. Man kan se på forståelsen som et gjensidig avhengighetsforhold mellom helhet og forståelsen av delene i en tekst. Dette utgjør den *hermeneutiske spiral*. Fortolkeren må være innstilt på å justere seg i forhold til konteksten. Teksten må sees i sammenheng, men kan også tolkes ut fra deler som man ser underveis (Gulddal og Møller, 1999). Jeg har valgt å bruke et hermeneutisk vitenskapsgrunnlag for å forstå og tolke det innsamlede datamaterialet i mitt studie.

Fortolkeren kan også velge ulike perspektiv å tolke et materiale ut ifra. Det kan være et mottakerperspektiv og et avsenderperspektiv. Dersom man tar utgangspunkt i et *mottakerperspektiv*, vil det si at materialet tolkes slik en mottaker tolker det, eller ut fra andres perspektiv (Wormnæs, 2007). I min undersøkelse ble flere perspektiver berørt. Disse perspektivene ble anvendt da jeg analyserte min reaksjon av det som informantene sa. Jeg tolket også ut ifra dette perspektivet ved informantenes presentasjon av den gravide/mors perspektiv. I et *avsenderperspektiv* er det om å gjøre å søke etter avsenders mening med budskapet. Hva er det informanten ønsker å formidle? (Wormnæs, 2007). Jeg ønsket å få frem avsenders budskap, og det gjorde det nødvendig å tolke ut ifra dette perspektivet. I noen tilfeller var det vanskelig å vite helt sikkert hva avsender ønsket å formidle. I slike situasjoner brukte jeg datamaterialet og notatene hvor jeg hadde notert nødvendige kroppsspråk, som var til hjelp for å forstå informantens budskap.

Det var viktig at det danske språket og danskspråklige uttrykk ble forstått riktig. I etterkant av intervjuene gjennomgikk jeg sitatene som ble brukt i oppgaven, med en danskspråklig person.

Etter å ha utført transkribering av alle de foretatte intervjuene, satt jeg igjen med råmaterialet på rundt 55 sider. I desember 2008 meldte jeg meg på et Nvivo8-kurs

siden jeg i utgangpunktet hadde planer om å bruke det i analysearbeidet. Jeg valgte å ikke bruke dette dataprogrammet først og fremst fordi jeg skrev oppgaven i København og hadde ikke tilgang til veiledning og hjelp dersom det skulle oppstå problemer. Det er også tidkrevende å sette seg inn i systemet. Imidlertid ser jeg at Nvivo8 blant annet kan hjelpe til med å skape en større og bedre oversikt over datamaterialet og det gir muligheter for å kombinere ulike data.

Det innsamlede datamaterialet kan bli analysert og presentert på ulike måter. Fremstillingen vil alltid ha utgangspunkt i problemstillingen som skal belyses. Datamateriale kan bli presentert ved bruk av tematisering. Underveis i tematiseringen er det viktig å være bevisst på å ikke låse seg i fastsatte kategorier. Gjennom hele analyseprosessen skal man være åpen for å oppdage nye områder i materialet (Dalen, 2004).

Jeg leste gjennom alle intervjuene for å få et helhetlig bilde av materialet. Deretter dannet jeg kategorier basert på temaene i intervjuguiden. Etter å ha kommet frem til kategoriene *tverrfaglig samarbeid*, *taushetsplikt*, *informantenes perspektiv* og *den gravide/mors perspektiv* og *forventninger* leste jeg materialet på nytt og strøk under all betydningsfull informasjon. Jeg leste deretter gjennom det som var strøket under, og plasserte det i kategoriene hvor jeg mente det hørte til. Ut fra opplysningene som kom frem i kategoriene, dannet jeg underkategorier der jeg fant det relevant. I hele prosessen var det viktig å samkjøre datamaterialet med notatene som ble foretatt under og i etterkant av hvert intervju og å hele tiden ha et åpent blikk for helheten i intervjuene og se materialet fremstilt i kategoriene hver for seg, og i sammenheng. Det foregikk en sirkulær prosess hvor teori og empiri ble utslaget for analyseprosessen.

#### **4.4.2 Transkibrering og båndopptak**

For å analysere datamateriale kan det være nødvendig å gjennomgå en tolkeprosess. En *tolkeprosess* er en prosess hvor man som fortolker starter med å rette seg mot et materiale (Wormnæs, 2007). I mitt tilfelle dreiet det seg om intervjuene som ble tatt

---

opp på lydbånd og transkribert. Jeg forsøkte å tolke meningen med budskapet, hva som ble formidlet, og hvilken mening som ble uttrykt. Når man tolker noe vil egen forståelse farge bildet av et tolkningsmateriale. Det er viktig å være bevisst på dette. Det er viktig som intervjuer å få med seg på hvilken måte informantene uttrykker seg på. Jeg hadde derfor i tillegg til å ta opp materialet på lydbånd, en notatblokk hvor jeg blant annet skrev ned informantenes holdninger og hvordan de uttrykte seg non-verbalt. Etter hvert intervju satte jeg av tid til å skrive ned refleksjoner og tanker jeg hadde om intervjuet. Dette ble brukt som tilleggsmateriale da jeg gjennomgikk det innsamlede materialet. Det kan være utfordrende å gå gjennom et materiale som er blitt transkribert, og som skal tolkes, fordi man ikke lenger kan se informantenes reaksjoner og måte å være på. Det kan da være en fordel å transkribere umiddelbart etter intervjuet for å få en best mulig gjengivelse (Dalen, 2004). Med utgangspunkt i dette, valgte jeg å transkribere rett etter at jeg hadde foretatt et intervju. Under transkriberingen valgte jeg å utelukke ubetydelige småord. I mine notater utenom intervjuet noterte jeg kroppsspråk eller toneleie som kunne ha utslag for opplysningene.

Det kan være nødvendig å forholde seg til båndopptaket og råmaterialet når man analyserer dataene særlig dersom det er noe uklart i transkriberingen. Man kan på denne måten klarere hva informanten virkelig sa (Kvale, 1996). I intervjusituasjonen kunne det til tider være ord som var vanskelige å forstå og utydelige på båndet. Jeg skrev disse ordene i anførselstegn, slik at jeg kunne gå tilbake å sjekke dem dersom det var av nødvendig informasjon. Jeg transkriberte ellers alt ordrett. Jeg hadde også en avtale med informantene om at jeg kunne ringe dem dersom det var behov for annen hjelp, enten med språk eller med annen informasjon i forbindelse med intervjuet.

Når man bruker båndopptaker, er det viktig å bli kjent med den og registrere om båndet er slutt eller batteriet er utladet. Det kan være en fordel å ha med seg ekstra batterier og disketter dersom slike problemer skulle oppstå under intervjuet. Dersom det skulle inntreffe og man ikke har tatt med seg ekstra utstyr, må intervjueren så fort

som mulig etter intervjuet skrive ned alt som huskes (Dalen, 2004). I mitt siste intervju stoppet båndopptakeren da det var to spørsmål igjen og jeg hadde dessverre ikke med meg ekstra diskett. Jeg valgte der og da å fullføre intervjuet, men skrev opp så mye som mulig under og etter intervjuet. Jeg er klar over at kvaliteten på de siste spørsmålene ble dårligere og at det kan ha svekket validiteten i intervjuet. I ettertid fant jeg ut at jeg mistet en del informasjon og foretok derfor et telefonintervju med informanten. Informanten ble bedt om å svare på de to siste spørsmålene på nytt. Svarene ble tatt opp på lydbånd via telefon. Ifølge Befring (2007) kan telefonintervju måle seg med oppsøkende intervju i forhold til validitet og reliabilitet. Spørsmålene som ble foretatt på telefon har derfor ikke hatt noen innvirkning på mitt studie.

#### **4.4.3 Litteratur**

Litteratur som er blitt anvendt i oppgaven er blant annet hentet fra May Olofsson som har utviklet København-modellen. Jeg har brukt den nyeste litteraturen hennes i beskrivelsen av København-modellen. En stor del av oppgaven består av teori innen tverrfaglig samarbeid. Jeg har tatt utgangspunkt i Glavin og Erdal (2007) som blant annet har skrevet om *forutsetninger for tverrfaglig samarbeid*. Kari Killén har lang erfaring i klinisk arbeid og forskning med fokus på omsorgssvikt. Hennes litteratur har jeg funnet hensiktsmessig å bruke. I tillegg har jeg brukt internett og andre forskningsprosjekter innen tverrfaglig samarbeid som inspirasjonskilde til funn av annen litteratur. Jeg fant lite litteratur om København-modellen og har derfor i store deler av oppgaven referert til May Olofsson.

## **4.5 Reliabilitet og validitet**

### **4.5.1 Reliabilitet**

Reliabilitet sier noe om påliteligheten til undersøkelsen. Det vil si at om man måler noe på et bestemt tidspunkt, skal det gi samme resultat dersom det samme blir målt igjen på et senere tidspunkt. Reliabilitet er i utgangspunktet bygget på gjennomføring

---

av kvantitative undersøkelser som bærer mer preg av at det som måles kan angis i verdien av variabler. Det er noe ganske annet å måle forståelsen som gjerne blir foretatt i kvalitative undersøkelser (Trost, 1996). Det kan derfor være vanskelig å stille et slikt krav ved kvalitative studier fordi forskeren kan prege en del av resultatet. Forskeren og informantenes samspill kan gjøre utslag i resultatene. Det er derfor nødvendig å se på reliabiliteten på en annen måte. Som forsker kan man forsøke å være beskrivende i forskningsprosessen slik at en annen har mulighet til å sette seg inn i prosessen og på den måten utføre det samme prosjektet. Å være beskrivende i forskningsprosessen vil si at man betegner forholdet ved forskeren, informantene og intervju situasjonen og forklarer hvilke analytiske metoder som blir brukt i intervju prosessen (Dalen, 2004). Beskrivelsen utarbeidelsen av intervjuguide og valg av informanter for mitt studie, er blitt forklart i avsnitt 4.2 og 4.3. Jeg har valgt å bruke en hermeneutisk tilnærming som analytisk metode (jf. punkt 4.4).

#### **4.5.2 Validitet**

Når man skal vurdere validiteten i en undersøkelse bedømmer man hvor gyldig et måleresultat er (Befring, 2007). Validitet er et vidt begrep og tar for seg mange ulike aspekter, noen er mer relevante enn andre i forhold til hvilken metode og forskningsdesign man bruker. Det er mange som har drøftet ulike kategorier om validitet. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Maxwell (1992) som benytter fem kategorier for validitet. Det er deskriptiv validitet, tolkningsvaliditet, teoretisk validitet, generaliseringsvaliditet og evalueringsvaliditet. Jeg tar utgangspunkt i de fire første kategoriene siden de er de mest relevante for min undersøkelse.

##### Deskriptiv validitet

Beskrivelsene fra intervjuene som blir foretatt i en undersøkelse, skal gi et godt grunnlag for videre bearbeidelse og analyse. For å styrke kvaliteten på undersøkelsen er det viktig å ta opp innsamlet data på bånd for å gjøre en best mulig bearbeidelse, tolkning og analyse av datamaterialet. Å redegjøre for hva man har gjort i etterkant av intervjuet frem til det endelige resultat, vil også være med på å styrke validiteten

(Dalen, 2004). I min undersøkelse har jeg transkribert, analysert og bearbeidet datamaterialet (jf. punkt 4.4.2). Jeg valgte å bruke semistrukturert intervju slik at jeg hadde mulighet til å tre ut av intervjuguiden og stille spørsmål som utdypet det informantene hadde sagt, dersom det var nødvendig. I noen av intervjuene var det behov for utdypende oppfølgingsspørsmål, hvor jeg i første omgang fikk tynne beskrivelser. I tillegg skrev jeg notater til hvert intervju som inneholdt viktige elementer som sinnsstemning, toneleie, mimikk, bruk av pauser og andre nødvendige momenter. Det ble også foretatt nedskrivning av tanker og refleksjoner etter hvert intervju. Imidlertid kan språket ha hatt en innvirkning på intervjusamtalene. Intervju av dansktalende personer, kan ha svekket validiteten i intervjusituasjonen. Notater som ble foretatt underveis i intervjusituasjonen ble begrenset på grunn av den språklige barrieren. Jeg måtte konsentrere meg mer om hva informanten formidlet, enn jeg ville gjort dersom intervjuet hadde pågått på norsk. Å foreta prøveintervju var likevel med på å styrke validiteten av undersøkelsen siden jeg fikk testet intervjuguiden, og spørsmålene som ble stilt, ble forstått av prøveinformanten.

### Tolkningsvaliditet

Tolkningsvaliditet er en sentral del i kvalitative undersøkelser. Under kategorien, tolkningsvaliditet legges det vekt på hvordan man tolker det som blir sagt og finne en dypere forståelse av det. Det fokuseres på hva informanten egentlig mener med utsagnet. Utsagnet må sees i sammenheng med kontekst og tolkes ut fra deres perspektiv (Maxwell, 1992). Ifølge Dalen (2004) forutsettes det at man har valide, rike og fyldige beskrivelser fra informantene. Når man tolker et materiale går man utover en helhetstenkning, som kan være med på å skape et annet bilde enn det informanten hadde forestilt seg (Dalen, 2004). Det er derfor viktig å ta i betraktning og se sammenhengen mellom det informantene har sagt tidligere og det utsagnet som skal tolkes. Jeg valgte å ta utgangspunkt i et hermeneutisk forståelsesperspektiv som blant annet er opptatt av førforståelse, mening og refleksjon. Dette har vært med på å styrke tolkningsvaliditeten ved at jeg har vært bevisst på min førforståelse og i tillegg har lagt vekt på å fordype meg i det meningsfulle materialet. Jeg har brukt

---

datamateriale i flere steg og gjennomgått det opptil flere ganger. Det har bidratt til at jeg har fått bedre innsikt i materialet og at det er blitt løftet til et høyere nivå.

### Teoretisk validitet

I teoretisk validitet ser man om resultatene i datamaterialet gir en teoretisk forståelse av fenomenene som har blitt undersøkt. Ved å styrke den teoretiske validiteten skal det være en sammenheng mellom teori og datamaterialet. For at man skal kunne vurdere validiteten, er det nødvendig å vise til analytiske grep og redskaper man har brukt i analysen og ved drøfting av datamaterialet (Dalen, 2004). Da jeg analyserte datamaterialet tok jeg utgangspunkt i hovedtemaene i intervjuguiden som ble utviklet i etterkant av fordypning i teori. Ut fra temaene dannet jeg nye kategorier som var mer passende etter å ha gjennomgått datamaterialet. For å analysere datamaterialet tok jeg, som tidligere nevnt, utgangspunkt i hermeneutisk forståelse og drøftet kategoriene opp mot teori, taushetsplikt og lovverk som beskrevet i kapittel 2 og 3. Ettersom jeg verken har arbeidet med rusmiddelmissbrukere eller i et tverrfaglig samarbeid, hadde jeg kun et teoretisk bakteppe som grunnlag for intervjuene. Jeg var derfor ikke kjent på området som jeg studerte. På den måten kan man si jeg ikke har hatt søkelyset mot noen spesielle særtrekk. På en annen side kan spesielle særtrekk dannes etter de første intervjuene, det er derfor nødvendig å være klar til å stille seg åpen før hvert intervju. Min førforståelse vil farge tolkningen av intervjuene på en annen måte enn de som har mer arbeidserfaring på fagområdet.

### Generaliseringsvaliditet

Generaliseringsvaliditet tar utgangspunkt i om man kan generalisere det målte datamaterialet til andre personer, annen tid og annet sted enn det som direkte er blitt undersøkt. En kvalitativ undersøkelse kan som oftest ikke generaliseres til en bredere populasjon (Maxwell, 1992). Generaliserbarhet kan likevel drøftes i kvalitativ forskning, det er den som mottar informasjon fra forskningsresultatene, som avgjør om resultatene kan brukes i andre situasjoner. For å gjøre det mulig, er det viktig at det blir gitt tilstrekkelig og relevant informasjon. Det vil si at fenomenene beskrives,

tolkes og presenteres og at beskrivelsene også inneholder refleksjoner omkring handlingens kommunikative aspekter (Andenæs, 2001 ref. i Dalen, 2004). I denne undersøkelsen ble det lagt vekt på tverrfaglig samarbeid og hvordan det fungerer i praksis i København-modellen. Det er videre tatt sikte på forventninger man har til sine kollegaer og hvordan de selv opplever å arbeide tverrfaglig. Det kan være nyttig for andre som arbeider tverrfaglig å se på hva som vektlegges i København-modellen. Det kan være noen vil kjenne seg igjen i deler av beskrivelsene til informantene.

## 4.6 Etske hensyn

I gjennomførelsen av et forskningsprosjekt er det nødvendig å ta visse etiske hensyn. ”Man bør hellere unnlade at rapportere sine opplysninger end at risikere, at tavshedsplikten bliver brutt.” (Trost, 1996, s. 70). Som forsker stilles det forskningsetiske krav med hensyn til å verne informantenes personlige integritet (Befring, 2007). Det stilles krav til at all vitenskapelig virksomhet har meldeplikt etter etiske prinsipper som er nedfelt i lover og retningslinjer. Skal det foretas intervjuer må man sende inn et meldeskjema til norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), som vurderer om prosjektet er konsesjonspliktig (Dalen, 2004). Jeg meldte inn prosjektet mitt i desember 2008, og fikk svar om at det var godkjent i medio januar 2009 (jf. vedlegg, 3).

Det stilles krav til at informantene får nødvendig informasjon, og det skal gis *samtykke*. Informantene skal til enhver tid ha mulighet til å trekke seg, og den gitte informasjonen skal da bli slettet, inntil prosjektet er levert inn (NESH, 2006). Informantene fikk utdelt en samtykkeerklæring (jf. vedlegg, 1) hvor jeg beskrev formål og bakgrunnen for prosjektet. De ble informert om muligheten for å trekke seg frem til innlevering av prosjektet.

Det stilles også krav om *konfidensialitet*. Det vil si at informantene har krav på å bli anonymisert i prosjektet og de skal på ingen måte kunne bli identifisert (NESH, 2006). Informantene har i min datapresentasjon blitt fremstilt med fiktive navn. Det



var viktig å få frem at transkriberingen og båndopptaket ikke ville bli brukt til andre formål enn undersøkelsen, og at båndopptaket vil bli slettet umiddelbart etter at oppgaven er blitt levert og vurdert. Informantene skrev under samtykkeerklæringen og forholdt seg til informasjonen som ble gitt.

## 5. Datapresentasjon og drøfting av resultater

I dette kapittelet skal jeg presentere funnene i datamaterialet og drøfte resultatene ut fra relevant teori og egne refleksjoner. I presentasjonen av datamaterialet har jeg valgt å ta utgangspunkt i intervjuguiden og har laget kategorier basert på den. Analysen tar utgangspunkt i disse kategoriene:

- Tverrfaglig samarbeid
- Taushetsplikt
- Informantens perspektiv
- Den gravides/mors perspektiv
- Forventninger

Under kategoriene har jeg laget noen egne avsnitt for å binde sammen det informantene sier. Jeg har brukt en del direkte sitater fra informantene for å synliggjøre noe av datamaterialet. Informantene blir presentert med fiktive navn.

### 5.1 Tverrfaglig samarbeid

I intervjuet ble informantene spurt om hva de legger i begrepet tverrfaglig samarbeid og hva de mener er hensikten med samarbeidet. Dette ønsket jeg å belyse for å undersøke hva informantene selv la i begrepet og om det var samsvar i oppfattelsen av begrepet. Det var viktig for meg å få frem hva deres synspunkt på tverrfaglig samarbeid er. Man kan ha ulike måter å oppfatte begreper på, og jeg ønsket derfor å få avklart deres forståelse. Det kan ha hatt betydning for resterende spørsmål fra intervjuet som omfattet tverrfaglig samarbeid.

---

### Faggruppers kompetanse og ressurser

Samtlige av informantene svarte at hensikten med tverrfaglig samarbeid blant annet er, at ulike faggrupper arbeider sammen om en problemstilling. Tina, sa det på denne måten:

Et godt tverrfagligt samarbejde det er at man byder inn på hver sin faglighed, så man kan belyse en problemstilling fra flere faglige udgangspunkter.

En annen utdypet:

At løse en problemstilling ut fra de forskjellige faglige facetter som er i en problemstilling, i et likeverdige samarbejde. (Mona)

Å bruke hverandres fagligheter vil være med på å skape en større kunnskap rundt mor og barn som har behov for den hjelp og støtte de kan få (Glavin og Erdal 2007).

Tveiten (1996), referert i Glavin og Erdal (2007), sier at det er nødvendig med ulike perspektiv og tilnærming for å hjelpe barn og familier på best mulig måte. Det handler om å bruke hverandres kompetanse. Dette er også med på å effektivisere ressurser som hver enkelt sektor har å komme med. De beste beslutninger og tiltak vil på denne måten bli iverksatt raskere. I den danske Sundhedsloven (2005) § 123, bekrefter målet om å sikre barn og unge med særlige behov ved å ha kontakt med ulike yrkesgrupper. Det underbygger viktigheten av å arbeide tverrfaglig.

En annen informant sa:

Det er noen der tror, at tverrfagligt samarbejde det er flerfaglighed, der vi alle sammen skal være lige gode til det hele. Det er det ingen som er. (...) Man skal hele tiden udnytte den specialviden der er, omkring de særlige problemstillinger, omkring børnet. (Susanne)

Dette vil skape en helhetsorientert behandling for familien som trenger hjelp. Dette synet er gjennomgående hos informantene, som mener at å løse de komplekse problemstillinger, krever mer enn én faggruppe. Ved å få flere vinkler på problemstillingen vil gi et bredere og bedre tilbud til familien. Dette samsvarer med det Killén (2003) sier om viktigheten av å etablere en overordnet helhetsorientert

behandlingsplan når man skal jobbe i et tverrfaglig team hvor den enkelte forholder seg til sin egen faglige og formelle kompetanse og rolle. Det er nettopp det som er hovedintensjonen i København-modellen hvor flere faggrupper er i samspill med hverandre (figur, 1) Ifølge forskning utført av SIRUS (2006), er dagens tilbud i Norge lite helhetlig oppbygd, noe som har ført til at tilbudet ikke er godt nok, og det er vanskelig å bli oppmerksom på barn som lider av foreldrenes rusmiddelproblematikk (Solbakken og Lauritzen, 2006). Dette fremhever hvor viktig det er å skape et helhetlig tilbud hvor tverrfaglig samarbeid fungerer på tvers av etatene. Det er viktig å skape kompetanse i ulike faggrupper som kan resultere i bedre tiltak til barn av rusmiddelmisbrukere.

### **5.1.1 Hensikten**

Informantene er, som nevnt ovenfor, enige om at hensikten med tverrfaglighet er at man bruker sin faglige kompetanse for å løse en problemstilling. Det viser seg at sakene er såpass kompliserte at det er behov for flere fagligheter. Susanne sa følgende:

Altså jeg synes jo netop hensikten det er at, i og med at mange problemstillinger er mye komplisert, er man så også i det tværfaglige samarbejdet for patientens skyld samkører de forskellige informationer, men også at vi lærer af hverandre.

En annen sa:

At få belyst problemstilling med forskjellige faglige indstillinger. Og fordi de fleste problemstillinger ikke kan karakteriseres ved, at den kan løses med en enkel faggruppe. (Mona)

Det er stor enighet om at hensikten med tverrfaglig samarbeid er å ha tilgang til flere faglige løsninger. Dette samsvarer med Lauvås, K og Lauvås, P (2006), som hevder at dagens samfunn er blitt sektoroppdelt, og det er større behov for samarbeid. Ved å arbeide på tvers av systemene kan føre til at man i fellesskap utvikler en lærende organisasjon (Senge, 1999). Dette gjelder i de tilfeller hvor de ansatte er åpne for å lære av hverandre og utvikle mål i fellesskap.

---

Datamaterialet viser at det er hensiktsmessig å ha felles målsettinger. Per sa:

Ideelt må det jo være at kvalificere de løsninger man finner fram til, fordi man får så mange vinkler på problemstillingen.

Når man skal løse problemstillinger innenfor problematikken rundt mor og barn, ser man at det er behov for å se saken fra flere faglige vinkler. Dette kan være med på å skape større kompetanse hos hver enkelt som jobber med problemstillingen. Det er nødvendig at deltakerne i et samarbeid har fagkompetanse, men for at man skal utnytte sin fagkompetanse og kunne bruke det i et samarbeid, er det også nødvendig at man i en gruppe har en god dialog og relasjon til hverandre. Glavin og Erdal (2007) mener blant annet at hensikten med å arbeide tverrfaglig er nettopp det at man utnytter hverandres *fagkompetanse*. I undersøkelsen til Ejrnes (2006) svarte flertallet at formålet med tverrfaglig samarbeid er å belyse saken fra flere sider og planlegge en eller annen form for innsats. På en annen side ble det forklart at det oppstod uenigheter omkring formålet i hver case som ble fremstilt i undersøkelsen.

Formuleringene var også forskjellige innen samme faggruppe. Jeg tolker det slik at *kommunikasjonen* som foregår mellom faggruppene bør være best mulig for å komme frem til gode løsninger. Carlson (1996, ref. i Hansen, 1999) mener kommunikasjonen er av stor betydning. Ut fra undersøkelsens resultater vil jeg si meg enig i Glavin og Erdal (2007), som mener kommunikasjon er essensen i alt samarbeid.

## 5.2 Taushetsplikt

### 5.2.1 Å forholde seg til taushetsplikten

For å finne frem til gode løsninger for den gravide og familien hennes, er det nødvendig å arbeide på tvers av faggrupper og etater. På denne måten må samarbeidspartnere forholde seg til taushetsplikten. Den skal overholdes, men den har også mange unntak som gjør det mulig å kommunisere på tvers av forvaltningene (jf. punkt 3.3). Det kom frem i undersøkelsen at informantene mente at det stort sett gikk greit å forholde seg til taushetsplikten. Det er fordi man i tillegg til taushetsplikt har

underretningsplikt. Det kan være viktig å gi opplysninger til den gravide og familien om retningslinjene omkring taushetsplikten. Ut fra datamaterialet forstår jeg det som at informantene er enige om at det er vesentlig å skape en god relasjon til den gravide/moren.

### Den gode relasjon

Det er viktig å informere foreldrene om taushetsplikten og hva den innebærer. Dette vil være med på å skape en god dialog, en dialog det er helt nødvendig å ha med foreldre i, i en slik situasjon. En av informantene sa:

Det er en tillid mellom mig og patienten. (Susanne)

Informanten vektlegger at tilliten er en nødvendighet hvor man må viderebringe informasjon om pasienten. Killén og Olofsson (2003) mener det er nødvendig å etablere et kontaktforhold som bygger på aksept og respekt for å få til et vellykket samarbeid. Det samme antyder Bastrup (2000) da hun diskuterte viktigheten av å skape åpenhet og en god relasjon til de kommende foreldrene. Mona uttrykte seg som følgende:

For at vi skal kunne hjelpe hende med en hensigtsmæssig fornuftig løsning på den situationen hun er i, så er det nødvendig at samarbejde på tværs av systemerne, men overordnet sett med alt hvad vi gør har det formålet at hjælpe hende og hendes børn. (...) Vi starter jo med at ha kontakten med den gravide, og vi fortæller hende om den problemstillingen.

Slik jeg oppfatter det, handler det om å ha en dialog med de kommende foreldrene hvor man anerkjenner blant annet deres bekymring for å miste barnet, men samtidig gjør dem klar over hva taushetsplikten går ut på, og hvorfor man samarbeider som man gjør. Det er viktig å informere dem om at å holde igjen informasjon kan få konsekvenser for deres barn. Det kan være nødvendig å være klar over at den gravide/moren likevel velger å holde igjen informasjon for å beskytte seg selv. Det kan komme av tidligere opplevelser med hjelpeapparatet som de selv har hatt eller har hørt fra andre. Det underbygger det Killén og Olofsson (2003) mener om at mange rusmiddelmissbrukere har mistillit til helsevesenet. Flere av dem er kanskje også redde

---

for å miste foreldreansvaret for barnet, og prøver på den måten å dekke over sine problemer. En av informantene sa:

Men jeg kan ikke inngå i en eller anden alliance med patienten omkring det under hensyn av tavshedsplikten, fordi det betyr kanskje at jeg må svigte et barn, fordi jeg har lovet patienten tavshedsplikt. (Susanne)

Røkenes og Hanssen (2006) mener at relasjonen er viktigere enn det som blir sagt og gjort. Tillit og respekt for fagpersonen har vist seg å være betydningsfullt, men også at fagpersonen har viet rom, tid og plass. Det er viktig å skape en god relasjon til kvinnen, men hensikten må likevel være å arbeide mot den beste løsningen for barnet. Man må derfor i det tverrfaglige team dele nødvendig informasjon omkring mor og barn. Det er likevel noen foreldre som er vanskelige å samarbeide med, selv om man prøver å legge til rette for en god relasjon. Tina er en av dem som har opplevd det. Hun sa:

Det er fullstendig håbløst, fordi så må man ikke bruke det, men den eneste der kommer til å skade, det er jo faktisk barnet.

Ifølge informantene er det kun i noen enkeltsaker hvor foreldrene nekter å inngå en avtale angående taushetsplikten, hvor man får restriksjoner om ikke å bruke opplysningene. I slike tilfeller, er ifølge informanten, den eneste utveien at sosialforvaltningen overtar myndigheten.

### **5.2.2 Brukerens opplevelse av taushetsplikt**

Informantene mente at de fleste brukerne stort sett klarer å forholde seg til taushetsplikten. Mona sa:

Det kan hende hun kommer med en forestilling hva at vi har 100% tavshedsplikt, men det er jo noe av det første vi fortæller hende om, det er at vi har underrettningsplikt og opplysningsplikt. (...) Så sier vi også i samme setning, at det er ikke for å skrømme hende det er jo for å hjelpe hende.

Å skape en åpenhet til moren mener jeg vil føre til at moren kan føle en større trygghet, og det skaper rom for bedre forståelse av hennes problem. Det gjelder på

samme måte som beskrevet ovenfor, om å skape gode relasjoner knyttet til de som er involvert i problemstillingen. Forvaltningsloven § 28 påpeker først og fremst at man skal få samtykke fra pasienten ved videregivelse av informasjon, men at man kan benytte seg av underretningsplikten om nødvendig (jf. punkt 3.3).

### Samtykke fra brukeren

Informantene er enige om at det stort sett ikke er noe problem å få samtykke fra kvinnen og de fleste av dem ønsker barnet det beste. Per sa følgende:

I de aller fleste tilfælder er foreldrene selvfølgelig interessert i at deres barn bliver behandlet så godt som mulig, og at vi er i samarbejde og giver information når der skal tales.

Jeg har tolket ut fra datamaterialet at informantene er opptatte av at brukeren får informasjon omkring taushetsplikten så tidlig som mulig. Susanne sa:

Helt rent etisk handler det så om at brukeren så hurtig som mulig får vite hvordan spillereglene er her.

Det er hensiktsmessig å fortelle kvinnene om hva slags informasjon som blir gjengitt til andre instanser. En av informantene har opplevd at kvinnen har følt seg krenket, fordi de har blitt fortalt i etterkant at opplysningene hadde gått videre til sosialforvaltningen. Det er helt klart nødvendig at viktige opplysninger går videre til sosialforvaltningen, men personene det dreier seg om må informeres om dette. Det samsvarer med det Kjønstad (2001) beskriver om at klienten bør til enhver tid være klar over hva taushetsplikten innebærer. De bør holdes oppdatert om hva som skjer i sin sak og at de opplysningene som gis videre, kun er det som strengt tatt er nødvendig i den aktuelle saken. Når man skal ha et samarbeid med foreldre omkring barn, er foreldrene helt nødvendige samarbeidspartnere for å bedre barns situasjon. Å få samtykke fra den/de som har krav på taushet, er et viktig unntak (Glavin og Erdal, 2007). Faggruppene som er involvert i samarbeidet har underretningsplikt (jf. punkt 3.3). Dette fører til at de kan gi informasjon, dersom de mot all formodning ikke skulle få samtykke av pasienten. Det vil likevel være det beste å ha samtykke. Man vil i slike tilfeller skape større tillit til pasienten og vice versa.



---

”Å brette en arm”

For å kunne hjelpe mor og barn på en optimal måte er det viktig å få mest mulig informasjon om omstendighetene rundt familien. Det vil være et avgjørende moment i henhold til både ressurser og tiltak som blir satt inn for å forebygge skader eller rette opp i skader. En av informantene sa følgende da vi pratet om brukerens opplevelse av taushetsplikt:

At brække en arm da hjelper det ikke å si at man kun fik en skramme for så får man kun et plaster på. (Susanne)

Jeg mener dette er et godt bilde på at det er viktig å gi god informasjon til pasientene om følgene ved tilbakeholding av informasjon. Å holde igjen informasjon kan føre til at moren og/eller barnet ikke får tilstrekkelig hjelp. I slike tilfeller er det nødvendig å gjøre moren klar over konsekvensene av dette. På en annen side må man som fagperson vise at man stoler på vedkommende. Jeg ser at det kan være problematisk for den ansatte i de tilfeller hvor de mener at pasientene holder igjen informasjon. Susanne ga et eksempel på hvordan pasienten kan velge å tilbakeholde informasjon:

En patient som kan være veluddannet og som har et alkoholproblem, som er utmerket klar over den her lovgivningen, som er utrolig selektiv med hvad hun sier (...)Hun ved også, at det blir viderefremidlet (..) Du beskytter ikke hverken deg selv eller ditt børn ved at ikke si det som det er.

For å støtte minst mulig på slike situasjoner, tror jeg det er nødvendig, som nevnt, at den gode relasjonen opprettholdes, at det fokuseres på barnet og at man er åpen for nødvendige hjelpetiltak både for moren og barnet. Den gode relasjon er med på å skape tillit til den profesjonelle. Dette kan være med på å skape best mulige løsninger for barnet. På en annen side kan det med taushetsplikten være med på å hemme informasjon fra pasienten, fordi hun er redd for følgene av informasjonen som blir gitt. Å legge vekt på hva pasienten formidler, er viktig og nødvendig informasjon. På Familieambulatoriet er det lagt stor vekt på å skape god kontakt med den gravide/mor, hvor det fokuseres på hva hun ønsker for sitt barn. Ifølge Olofsson (2005) er det viktig ikke å presse kvinnen til noe hun egentlig ikke ønsker. For å oppnå den beste

løsningen for det kommende barnet, er det viktig at man bruker tid, og at det etableres et tillitsforhold til den gravide så tidlig som mulig.

## 5.3 Informantens perspektiv

### 5.3.1 utfordringer og negative opplevelser

I min undersøkelse ble informantene spurt både om hvilke utfordringer tverrfaglig samarbeid bød på, og hva informantene så på som negativt. Både utfordringer og negative opplevelser var for mange av informantene vanskelig å svare på. De var enige om at det ikke var noen særlige utfordringer eller noe negativt, og de synes samarbeidet fungerte fint. Noen av informantene nevnte likevel at tid kan være en utfordring. En annen informant sa at det kan by på utfordringer dersom man ikke har et felles språk. Tid og økonomi ble nevnt i spørsmålet om det negative, men de sa i samme setning at det er viktig og derfor vanskelig å si at det er negativt. Informantene var enige om at selv om det tar tid å arbeide tverrfaglig, er det også tid man får igjen for senere, som kommer familien til gode. Det er jo absolutt det viktigste i deres arbeid.

---

## Tid

I et tverrfaglig samarbeid er det mange involverte parter, og det kan til tider være mange å forholde seg til. Den ene informant uttrykte at det krever tid å koordinere samarbeidet, og at det kan være mange beskjeder som skal bli gitt til samarbeidspartnere i løpet av en dag. En av informantene sa:

Vi skal bruke mye tid på at informere hverandre og koordinere. Så det er en utfordring også hele tiden, at vi får gjort det, men der ligger jo også det i det, at man samtidig føler, at man ikke står alene med det. Og man får støtte og hjelp av sine kollegaer. Så det er en sånn dobbelthet i det. (Susanne)

En annen påpekte:

Så jeg enser ikke, at det er noe større utfordring, altså man skal bruke tid også skal man ha et minimum av felles sprog. (Tina)

Tid som blir brukt på det tverrfaglige samarbeidet, vil komme pasienten til gode i de aller fleste tilfeller. Det vil også være med på å spare samfunnet for bruk av tid senere i barnets forløp. Carlsson (1996, ref. i Hansen 1999) mener at rikelige ressurser var med på å gjøre at medarbeiderne opplevde at de hadde tid og overskudd. Ifølge Olofsson (2005) er det nødvendig å arbeide på tvers av systemene for å hjelpe barnet på best mulig måte, selv om dette kan være mer tidkrevende.

Tina sa:

Jeg synes jo grunnleggende det ikke er negativt, men jeg synes det der kanskje krever det, at det krever tid.

Informantene som påpekte at tidsforbruket kan være negativt, var også fullstendig klar over nødvendigheten av samarbeidet.

En informant sa:

Hvis jeg skal si det mest negative, så er det tidsforbrug. Men jeg ser det som en nødvendighet, så derfor synes jeg det er svært, at si, at det er negativt. (Per)

En annen understrekte:

Så jeg vil bare si at jeg synes ikke det er noe negativt, men man skal være innstillet og være tålmodig på, at tverrfaglighet tar tid. Men, at den tid man bruker på det, kommer til folket igjen. (Susanne)

Å arbeide tverrfaglig kan kreve mye tid av hver enkelt. Det er blant annet tid som går til planlegging av møter, møtedeltakelse og dokumentasjon. Det er viktig å ta i betraktning at det kreves at ansatte avsetter tid både i forkant og etterkant av møtene. For å effektivisere tiden er det viktig at alle kommer forberedt til møtene, at de har satt seg inn i saken og har laget seg tanker omkring den (Glavin og Erdal, 2007). Jeg mener det er viktig at partene i samarbeidet er inneforstått med at man er forberedt og at man har et ansvar i forhold til å sette seg inn i saken. På den måten kan man spare tid. Ved å være forberedt til møtene, ved for eksempel å ha tenkt gjennom tiltak som kan bli satt inn for å bidra til hjelp, kan være med på å spare tid.

Samarbeidskompetanse som blant annet innebærer å ha *problemløsnings-* og *samarbeidsevne* er en forutsetning for et godt fungerende tverrfaglig samarbeid ifølge Glavin og Erdal (2007). Det forutsettes at aktørene i samarbeidet vet hva de i forkant kan gjøre for å effektivisere arbeidet. Et annet aspekt som det er viktig å ta i betraktning ved bruk av tid, er at det i noen tilfeller kanskje kan gå utover andre som har behov for hjelp. Det var derimot ingen av informantene som nevnte dette. Tid som blir brukt på det tverrfaglige samarbeidet kan gå utover det individuelle arbeidet (Glavin og Erdal, 2007).

---

## Felles språk

Tina nevnte flere ganger at det er nødvendig å ha et felles språk, hvis ikke kan det bli utfordrende:

Det er viktig, at man har en form for et fælles sprog som man så arbejder med bak sin faglighed ud fra. Men ellers så ser jeg ikke noe for den største utfordring.

Å skape et felles språk mener jeg vil skape et større grunnlag for felles forståelse av problemstillinger som skal løses. Jeg ser at det kan være en utfordring i et samarbeid med ulike faggrupper hvor man kan ha ulikt fokus avhengig av den utdanning og det erfaringsgrunnlaget man har. Når man er bevisst på å skape et felles språk, og har et felles verdigrunnlag, er det elementer som vil være med på å legge forholdene til rette for et godt samarbeid. I undersøkelsen gjort av Ejernæs (2006), kom det frem at det nødvendigvis ikke er en sammenheng mellom avgjørelser innad i en faggruppe med samme utdanning, oppgave eller organisatoriske tilhørighet. Det viste seg å være store forskjeller på holdninger til viktige spørsmål i problemstillingen. Det kan forklares med at forståelsen av de profesjonelles holdninger i et sosialt arbeid kan skyldes variabler som kultur og politisk synspunkt i en kombinasjon med familie- og oppvekstforhold samt arbeidserfaringer. Det samsvarer med det Glavin og Erdal (2007) uttaler i avsnittet om verdigrunnlag (jf. punkt 3.4.2): at det er viktig å ha et felles verdigrunnlag nettopp fordi man har ulik arbeids- og yrkesbakgrunn.

Bortsett fra dette, var informantene enige om at det ikke var noen særlige utfordringer i deres arbeid. Mona sa:

Jeg synes det fungerer riktig fint her i vores afdeling, så jeg ser nå ikke noe problem i det. Altså ikke i vores hverdag, sånn som vi arbejder med det.

En annen informant, Per sa:

Jeg synes ikke det er en utfordring, jeg synes det er en gave.

Det gjenspeiler at informantene synes at det samarbeidet de har, fungerer bra og de har en positiv innstilling. Det tror jeg blant annet kan komme av at det hele tiden er

fokus på det tverrfaglige samarbeidet, som er et av hovedelementene i København-modellen (jf. punkt 2.2). Informantene viste stor begeistring for samarbeidet, noe jeg mener er en nødvendighet, og som kan være en styrke, ved at de har den samme innstillingen om å få det til å fungere.

### Økonomi

En av informantene nevnte også det økonomiske aspektet omkring tverrfaglighet. Samtidig mente han også at det fantes en nødvendighet for å løse oppgaven. Per sa følgende:

Altså nogle gange sitter det 7-8 mennesker rundt om et bord og skal drøfte et børn. Hvis man tænker på det i timer, hvad koster en time? Det er rigigt rigtigt mange penge.

Det krever ressurser. Ressurser kan være et hinder for et godt samarbeid, og noe som kan føre til at man opplever at samarbeidet går utover eget arbeid (Glavin og Erdal, 2007). Det er et aspekt som nødvendigvis må tas opp til vurdering. Men helhetlig sett vil det være noe som kan spare samfunnet for senere tiltak. Ifølge Olofsson (2005) vil et barn med medfødte skader koste samfunnet penger. Mange av dem vil ha behov for hjelp og støtte hele livet gjennom. Mange av de barna som blir født av rusmiddelmissbrukende foreldre, har i utgangspunktet et normalt utviklingspotensiale, og kan derfor bli ”reddet” ved å sette inn tiltak så tidlig som mulig. Det vil si at det, sett ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, i det lange løp vil være penger spart. Erfaringene fra modellen har vist seg å gi positive resultater (jf. punkt 2.6). Danmark har bevilget 136 millioner danske kroner for å gjøre Familieambulatoriet landsdekkende (Jespersen, 2009). Det vil si at det krever finansiering og en satsning også på det politiske nivå.

---

En av informantene hevdet:

For nogle år siden blev vi jo kontaktede når moren var gravid, og vi har haft nogle enkelte mødre anbragt i plejefamilien<sup>3</sup> inden de føder (...) Vi har haft samarbejde med Familieambulatoriet hvor vi har besøgt moren på hospitalet, og har opbygget tillidsforholdet inden hun føder (...) Det er vi aldrig mer, stort sett ikke (...) Vi vil gerne inn før barnet bliver født, fordi det vil gi nogle andre muligheder. Jeg tror det har noget med økonomi at gjøre. (Per)

De eksterne samarbeidspartnere til Familieambulatoriet er ikke lenger med i et samarbeid før barnet blir født. Det opprettes kontakt i det barnet blir født. Ifølge en av informantene er det økonomiske årsaker til at man ikke starter et samarbeid tidligere. Det kan føre til store økonomiske tap ved at alle eksterne samarbeidspartnere deltar i et tverrfaglig samarbeid. Jeg tolker ut fra det informantene uttrykte, at det hadde vært ønskelig å starte et samarbeid tidligere, i forhold til å skape tillitsforhold til moren, men også for å kunne planlegge et forløp. Jeg mener det kan gi et bedre tilbud til moren og barnet ved at samarbeidet med eksterne samarbeidspartnere starter tidligere. Det som har vist seg å være et problem tidligere, er ifølge Per, at ikke alle samarbeidspartnere fulgte opp alle sakene som ble drøftet. Det vil si at man stilte opp på mange møter som man ikke deltok i senere. På en annen side var det bedre forutsetninger for å skape et tillitsfullt forhold til den gravide tidlig i prosessen. Det er nettopp *kontaktetablering* og *kommunikasjon* som Familieambulatoriet setter høyt. I avsnitt 2.4.1 er det beskrevet at sosialforvaltningen blir kontaktet direkte etter fødselen hvor kvinnens og barnets behov blir diskutert i forhold til eventuelle behandlingstilbud.

Bortsett fra tids- og ressursperspektivet, er informantene enige om at det ikke er negativt å arbeide tverrfaglig. En av informantene hadde kun én ting å si da jeg spurte om det mest negative, og det var:

Det er ikke noget negativt. (Mona)

---

<sup>3</sup> Plejefamilie har samme betydning som fosterfamilie.

### 5.3.2 Positive erfaringer

#### ”Å ha flere øyne på saken”

Samtlige informanter er enige om at det både er nødvendig og viktig å løse en problemstilling ut fra et helhetsperspektiv. Det er positivt å ha ulike arbeidsposisjoner hvor man kan bruke hverandre til å stille spørsmål omkring personen(e) man hjelper. Det vil komme pasienten(e) til gode. En av informantene sa:

Det absolutt centrale det er, at det der skal til omkring de her barn, blir satt i værk og, at det værste jeg ved er hvis jeg overser noe i de sammenheng, fordi jeg ikke får brukt de andre. Derfor er det riktig viktig også, at vi har et samarbejde med Familieambulatoriet (...) i de her saker, fordi der er flere øjne på saken. (Per)

Susanne uttrykte seg på denne måten:

Jeg vil si det der aller først kommer meg i hu, det jeg også helt spontant har sagt det er, at du føler aldrig du er alene.

Informantene uttrykker stor begeistring over å kunne bruke hverandres kompetanse og over at de har hverandre å støtte seg til. Å ha ansvar for en problemstilling helt alene kan være en stor påkjenning for en ansatt. Jeg tror derfor at man i samarbeid med andre, føler en trygghet for å ta avgjørelser sammen. Per sa følgende:

Men den største gave synes jeg ved det er, at man får indspil, man får lært noe som person for de sager man er inde i (...) altså det er positivt i det at man i så høy grad som mulig kan se, at barnet får den behandling det skal ha.

En annen sa at:

Det er riktig viktig, at du har noen kollegaer som du kan stille kvalifiserte spørsmål, gerne kritiske spørsmål til hvad det er du gør. Fordi at du får nogle forskellige indfaldsvinkler (...) det gjør jo at man også tænker andre vinkler ind i de her børnene. (Tina)

Jeg tolker det dit hen at informantene har en åpen dialog som gjør at de ikke er redde for å spørre hverandre. Samtidig tror jeg de har et høyt faglig nivå, og at de forventer at kollegaene har kompetanse på sitt område. Det fører igjen til at de ansatte får en



---

større ansvarsfølelse til saken og sin oppgave. Det vil komme alle til gode at man deler kompetanse som vil gi økt kunnskap til hver enkelt part i saken. Informantene var enige om at de har positive opplevelser omkring det tverrfaglige samarbeidet. De føler aldri at de er alene med en problemstilling. I Sundhedsloven (2005) §123 (jf punkt 3.1), er det fastslått at tverrfaglig samarbeid er en nødvendighet. Ifølge Glavin og Erdal (2007) er det viktig å danne et helhetsperspektiv, hvor man kan benytte alle de viktige aktørene som kan bidra med sin kompetanse omkring familien og barnet. Olofsson (2005) hevder at yrkesgruppene som arbeider i det tverrfaglige teamet får opplysninger som er viktige for å danne en helhetsvurdering av problemstillingen. Killén (1991) mener at det kan være med på å korrigere feil. Det blir foretatt en vurdering som bunngrunn i ulike faglige perspektiver, som informantene ser på som uunværlig. Jeg tolker informantene slik at deres erfaringer omkring tverrfaglighet bringer frem nødvendig kompetanse hos enhver faggruppe, noe som vil komme kvinnen og barnet til gode.

### Forpliktelse

Da jeg spurte informantene om hva som er positivt med å jobbe tverrfaglig, var det en av informantene som sa:

Det ligger også en forpliktelse, fordi når det kommer en læge og spørger mig om noe faglig så er det jo viktig, at jeg er opdateret indenfor vores fagfelt. (Susanne)

Med dette ser man tydelig at man i et tverrfaglig samarbeid forplikter seg på en eller annen måte til de oppgavene man blir pålagt. Det er ikke bare viktig å være tilstede på møter, man er også forpliktet i forhold til fagkompetanse. Informantene belyste at det handler om å bruke hverandres kompetanse, og skape en forpliktelse til at man skal kunne svare for seg innen sitt fagfelt. Det er ifølge Glavin og Erdal (2007) en forutsetning at instansene har forpliktelser i et tverrfaglig samarbeid.

Informantene legger vekt på at man i et tverrfaglig samarbeid kan bygge på hverandres kompetanse og erfaring. Dette er noe alle presiserte som et viktig fundament som man også kan se på som en motivasjonsfaktor i deres arbeid. Det

forventes at man har kompetanse, og at man holder seg oppdatert på sitt felt. Man har på mange måter en oppgave overfor sine samarbeidspartnere i tillegg til å skulle finne den beste løsningen for familien. Jeg ser på det som at de ulike faggruppene utfyller hverandre som hånd i hanske og fordelingen av fagkompetansen på tvers er med på å skape dyktige medarbeidere. *Gruppelæring* er et viktig fundament for at en organisasjon skal kunne nå sine mål, og dette blir oppfylt i København-modellen, ifølge undersøkelsen. Evnen til å tenke i fellesskap og være bevisst på hvilken rolle og kompetanse man selv har, er et viktig fundament (Senge, 1999). Samarbeidet mellom neonatalavdelingen, barselavdelingen og Familieambulatoriet bygger blant annet på høyt informasjonsnivå, koordinering og personkontinuitet (Olofsson 2005).

### Barnet i sentrum

Å ha et felles fokus på problemstillingen er nødvendig for at et samarbeid skal kunne fungere. Det er noe informantene vektlegger som positivt. En av informantene sa:

Altså det positive i det, at man i så høy grad som mulig kan se, at barnet får den behandling det skal have. (Per)

En annen uttalte:

Men det positive er jo, at man får løst problemstillingen ud fra et helhedsperspektiv. Også med forebyggende tiltag først og fremst omkring det ventende barnet. (Mona)

Å ha samme fokus og jobbe mot den samme problemstillingen er vesentlig i et tverrfaglig samarbeid. Selv om man kan ha ulike måter å se en sak på, arbeider alle mot å finne den beste løsningen for barnet. Familieambulatoriets overordnede målsetning er:

At forebygge og behandle rusmiddelrelaterede skader hos barn, hvilket innebærer, at det er barnets sundhed og velfærd, der er i fokus, og at det er forstrene/børnene, der er den primære målgruppe fra det øjeblik, den første kontakt med en gravid kvinde etableres. (Olofsson, 2005, s. 107).

---

Allerede under graviditeten fokuseres det på det kommende barnet. Det er helt klart at det er viktig å sette inn tiltak allerede før fødselen. Ifølge Henning Rye (2007) er det viktig å forebygge skader på fosteret og starte nødvendig behandling i det barnet blir født. Det er nedfelt i den norske regjeringens plan innen helse at det skal fokuseres på barns helse og oppvekst, og at det er viktig å starte et samarbeid så tidlig som mulig (jf. punkt 2.4) Glavin og Erdal (2007) mener at å ha en felles målsetning er en enhetlig strategi og en nødvendighet i tverrfaglig samarbeid. Det forventes at partene i samarbeidet har samme fokus da dette vil skape bedre resultater.

### 5.3.3 Funksjon

I intervjuet ønsket jeg å få frem hvordan informantene mente at samarbeidet fungerte.

Samtlige var enige om at samarbeidet dem imellom stort sett fungerer godt, og at det sjelden er samarbeidsproblemer. Det var noen stikkord som gikk igjen i flere av intervjuene som jeg nå vil presentere.

#### Likeverdighet

En av informantene sa:

Vi formoder at arbeide likeværdig. Altså med likeværdighet faggruppene imellem. (Mona)

I et tverrfaglig samarbeid vil man møte på mennesker med ulike fagbakgrunn. Jeg tror nødvendigvis at ikke alle i en gruppe har samme holdninger og verdier til alt, men det er viktig at man likevel skaper likeverdighet i samarbeidet. NOU (2005) bekrefter det er nødvendig med likeverdighet mellom faggruppene for å skape god kvalitet i samhandlingen. Det kan også ses i sammenheng med hvilke roller man har i samarbeidet. Roller de ulike faggruppene har, blir ifølge Olofsson (2005) diskutert og drøftet på de tverrfaglige møtene i Familieambulatoriet. Å klargjøre roller og forventninger i et samarbeid kan være med på å åpne for likeverdighet. Jeg mener det er vesentlig at alle i en gruppe har rett til å bli hørt uansett hvilken bakgrunn og utdanning som ligger til grunn. Det er snakk om forventninger i forhold til

verdigrunnlag og kunnskapsbaserte forventninger som kan være nyttige å få avklart. Det underbygges av prosjektet utført av Carlsson (1996), hvor likeverdig kompetanse er en forutsetning for vellykket samarbeid (Hansen, 1999).

### Enighet i gruppa

Å komme frem til enighet i en gruppe med ulike faglige vinkler kan for mange være problematisk. Ifølge Mona kan dette løses ved å vise respekt for hverandres synspunkt og kompetanse. Hun sa:

At der står stor respekt omkring alles kompetencer og, at der står respekt omkring (...) At det skal være enighet i gruppen før man giver ud til omgivelsene.

Det er nødvendig å klargjøre informasjon som skal bringes videre til kvinnen og/eller familien. Det er også viktig at man i gruppen har kommet frem til en løsning som alle er fortrolig med, og kan forholde seg til. Likeverdighet og respekt i gruppen skaper større åpenhet for faglige dialoger. Informantene mener at dette fungerer bra dem imellom. Enighet i gruppen kan ses i sammenheng med Glavin og Erdals (2007) betydning av å ha *fleksibilitet og omstillingsevne*. Det handler om at en ut fra egen og andres kompetanse skal finne den beste løsningen på saken, i fellesskap med gruppen.

### Faglig dialog

En av informantene sa:

Jeg synes vi haver et godt samarbejde. Vi kan ringe hverandre. Så kan vi drøfte overordnet problemstillinger hvor vi kan bli klogere. Vi bruker hverandre meget. (Tina)

Det å ha en lav terskel for å kontakte hverandre er hensiktsmessig for å få til et best mulig tiltak for den gravide/moren og barnet. Susanne sa:

Det er jo en dejlig faglig utfordring å ha, der noen der regner med og noen der spørger mig til råds. Og sånn som sagt det med at du føler ikke at du er alene om problemstillingen.

---

Samtlige informanter er enige om at samarbeidet fungerer godt dem imellom. Da jeg spurte Per om hvordan han synes at samarbeidet fungerer, sa han:

Jeg synes det har været givende det samarbejdet, netop fordi det også er det der tværfaglige med at have jordmødre, med at have psykologer og læger der ude fra (...) og socialrådgiver selvfølgelig også.

En av informantene spesifiserte her at de bruker hverandres kompetanse:

Jeg kan ikke gå ind at trumfe omkring abstinenshandling, men til gengæld når det drejer sig om (...) så er det mig der forventes at ha ekspertisen på det. Så sånn balancerer vi. Og det synes jeg er ekstremt gjennomført her i Familieambulatoriet. (Susanne)

Å ha en faglig dialog med sine kolleger vil helt klart både virke støttende og det vil være til stor hjelp i arbeid med mennesker. Jeg ser viktigheten av å dele faglige input i hverdagen. For å kunne skape en god faglig dialog, er det behov for å skape et åpent og redelig forhold til sine kolleger, hvor det er rom for alle slags spørsmål. Jeg mener det underbygger nødvendigheten av det verdigrunnlag som ifølge Glavin og Erdal (2007) er en forutsetning i ethvert tværfaglig samarbeid. Som nevnt under verdigrunnlag, er viktigheten av å skape åpenhet helt avgjørende. Dette kan være med på å gi trygghet og ærlighet i samarbeidet. Ut fra datamaterialet kan det tydelig ses at samarbeidet bærer preg av god kommunikasjon og åpenhet, som igjen fører til et godt samarbeid.

En av informantene nevnte:

Jeg tror, at det er viktig i tværfagligt samarbejde, at være opmærksom på, at vi kommer med meget forskellige erfaringer og erfaringsgrundlag (...) Det skal man give rum til og plads til (...) Vi får også et tilbud om supervision. Vi har supervision tre timer en gang om måneden. (Susanne)

Ifølge informanten har de involverte i det tværfaglige samarbeidet en felles samling hvor det tas opp viktige temaer som det er hensiktsmessig å diskutere. Dette samsvarer med Glavin og Erdals (2007) forutsetning hvor *plan for opplæring* bør inngås i ethvert tværfaglig samarbeid. Ved tiltredelse av nyansatte, kan kurset, som gjennomføres en gang i måneden være nyttig og læringsrikt. Det kan være med på at

nyansatte i større grad får tilgang til nødvendig informasjon og arbeidsmåter som er relevant.

### 5.3.4 Forventninger

I et tverrfaglig samarbeid er det mange parter som tar del i, og som arbeider med å, hjelpe barn og familier mot å nå et mål. I slike tilfeller forventes det noe av deltakerne i samarbeidet. Jeg ønsket å rette søkelyset mot informantenes forventninger til hverandre og hva de trodde forventes av dem, som en del av arbeidet.

Familieambulatoriet er, som nevnt, en tverrfaglig modell hvor de ansatte helt fra starten av har vært klar over vektleggingen av tverrfaglighet. Ansatte som arbeider under København-modellen er derfor innstilt på å arbeide tverrfaglig og har forventninger til hverandre heretter.

Modellen er så lavet ud fra hvad der vil være formålstjenlig, ud ifra den patientgruppen. Det er jo ikke en model hvor vi har siddet ti solister og så er der kommet en hospitaldireksjon og fortalt, at nå skal dere arbeide tværfaglig. Det er en helt anden måde at begribe verden på. Og det er en helt anden måde, at arbejde på. Og folk der søger stilling her ved også, at det er tværfaglig. (Susanne)

Glavin og Erdal (2007) mener det kan være hensiktsmessig å ha realistiske forventninger til hverandre. Det kan være nødvendig å gå gjennom og avklare eventuelle hindringer som kan oppstå i et samarbeid. Det stilles krav og innsats til hver enkelt deltaker i det tverrfaglige samarbeidet. De har hele tiden hatt samarbeidet som hovedfokus. Jeg tror helt klart at det kan være en fordel at man som ansatt, helt fra starten av, er innstilt på å arbeide tverrfaglig.

#### Respekt

Informantene forventer at samarbeidspartnere viser respekt. Det handler blant annet om at man forholder seg til den beslutningen som tas i fellesskap, og at alle har fått mulighet til å komme med relevante innspill. En av informantene forventet:

At de opptrer respektfullt ovenfor hverandre, og loyalt i forhold til den felles konklusjon, og den felles handleplan. (Mona)

En annen informant sa:

At de er faglige oppdaterte og, at de respekterer mine synspunkt og, at jeg respekterer deres synspunkt. (Susanne)

Det forventes at de viser respekt overfor hverandres meninger. Det viser seg at informantene forventer å bruke tid og rom for alle sine synspunkter og viktigheten av å bli hørt settes høyt. Det er viktig å vise respekt for andres synspunkt. Det kan også være med på å skape rom for nye måter å løse problemer. Habermas (1999) ref. i Røkenes og Hansen (2006) mener det er viktig å anerkjenne alle perspektiver som legitime og gyldige. Det underbygger viktigheten av å vise respekt som er en nødvendighet i et hvert tverrfaglig samarbeid.

### Felles mål

Alle informantene er enige om og oppga at de forventer at alle har familien i fokus. Dette ble også tidligere nevnt under positive opplevelser. Jeg tolker det slik at informantene faktisk opplever at forventningene om å ha samme mål og felles fokus, opprettholdes i deres samarbeid. Det er avgjørende for å få til en best mulig løsning. De som er med i samarbeidet, har ulike arbeidsoppgaver men alle jobber mot å finne den beste løsningen for mor og barn. Mona sa:

At de har barnet i fokus konstant som omdreingspunkt for vurderinger, konklusjoner og handleplaner.

Susanne er enig i at man må å ha et felles mål:

At vi haver et fælles mål ved at være ansat her i Familieambulatoriet.

Senge (1999) hevder at det er nødvendig å ha en felles visjon som er med på å skape et fellesskap i gruppen. En annen informant presiserer respekten for de kommende foreldrene slik:

Så synes jeg man skal have en grunnleggende respekt for dem det handler om. Selvfølgelig skal man have en grunnleggende respekt for foreldrene. (Tina)

I et samarbeid er det tydelig at det er helt nødvendig å arbeide etter samme mål og rette fokuset på familien som trenger hjelp. I et fellesskap kan man ha forskjellige meninger omkring hva som er mest hensiktsmessig å gjøre i den aktuelle saken, og det bør være rom for diskusjon. Det er da viktig at alle i samarbeidet viser engasjement for problemstillingen. Glavin og Erdal (2007) presiserer at samarbeidskompetansen er en nødvendighet. Det innebærer blant annet å fokusere på brukeren. En grunnleggende respekt for de kommende foreldrene kan også gjenspeile at de har et *humanistisk menneskesyn* som belyser å det se foreldres ressurser så godt som mulig. Per forventer blant annet av sine samarbeidspartnere:

Åbenhed og engagement i det som vi arbejder med.

Å vise engasjement og åpenhet skaper rom for de ulike innfallsvinklene som legges frem på et tverrfaglig møte. Killén (1991) presiserer at møtelederen har ansvar for å skape engasjement. Senge (1999) mener det fører til kreativitet i gruppen. Det samsvarer med Pers uttalelse hvor han forventer åpenhet og engasjement av sine medarbeidere.

### Lytte og støtte

Når jeg spurte om forventninger knyttet til samarbeidet, var det flere som sa at de forventet at samarbeidspartnerne lyttet til hverandre. En informant sa at hun forventer:

At vi lytter og støtter hverandre. (Susanne)

Tina sa at hun stiller store krav til sine kolleger. Hun forventet blant annet:

Så forventer jeg at de er nyskabende og at de lytter. Og at de ikke tar beslutninger uten å ha undersøgt om de ved hva baggrunden er.

Per sa følgende:

Jeg forventer en åbenhed om hvad det er (...) samarbejdspartnere ser i de her sager.



---

I et samarbeid er det viktig at samarbeidspartnerne opplever at de blir hørt. Det vil kunne skape rom for flere faglige vinkler og vil åpne for å øyne flere muligheter for å løse et problem. Jeg tolker utsagnene slik at de forventer at alle i gruppen blir hørt og får anledning til å bidra med sin faglige kompetanse. Ifølge Killén (1991), er et av målsettingene i tverrfaglige møter å utveksle nødvendig informasjon om gjennomføringen av tiltak og behandling. Det er derfor viktig at aktørene til enhver tid vet hvilke beslutninger som er vedtatt.

### Forberedt

En av informantene sa:

Altså jeg er den som stiller store krav til mine samarbeidspartnere, fordi jeg gidder ikke det der med, at folk ikke er forberedt.(...) Så jeg stiller store krav om at de har læst op på sagene (...) Vi skal ikke spille hverandres tid hvis man ikke er forberedt. (Tina)

Det med å være forberedt handler også om å vise respekt for sine samarbeidspartnere, noe som helt klart er nødvendig for at man skal kunne effektivisere arbeidet. Det vil igjen spille tilbake på mor og barn hvor det eventuelt skal etableres tiltak.

## 5.4 Den gravide/mors opplevelse

I undersøkelsen ønsket jeg å få belyst hvilke erfaringer og tilbakemeldinger informantene hadde omkring den gravides/mors opplevelse. Det hadde vært ønskelig å få mors opplevelse selv, men på grunn av tidsbegrensning på oppgaven så jeg meg nødt til å utelukke det. Jeg har likevel fått et visst innblikk fra ansatte. Det vil nødvendigvis være nyansert gjennom informantenes forståelse og erfaring av den gravides/mors opplevelse.

Informantene mente at de fleste gravide/mødre opplever at de får god hjelp. Susanne sa:

Så det er også rart for meg, at oppleve, at det er faglige meningslivet for oss bliver oplevet som relevant hjelp, set ud ifra patientene.

En annen sa:

Altså de fleste av dem oplever det som en hjelp og støtte. (Tina)

En tredje sa:

Jeg tror moren oplever det at hun får god hjelp. (Mona)

Jeg spurte dem også om de har fått noen konkrete tilbakemeldinger på hvordan de oplever hjelpen fra dem. Da svarte en av informantene blant annet:

Ja det får vi jo jevnlig, fordi vi arbejder jo i dialog med den gravide og med familien. (Mona)

Nedenfor skal jeg presentere noen stikkord som var gjennomgående da jeg spurte om hvordan informantene mener den gravide/moren oplever hjelpen fra hjelpeapparatet.

### Smidighet

København-modellen har vært opptatt av at det ikke skal være ventetid for den gravide for å få hjelp (jf. punkt 2.3). Fokuset er også at det settes inn tiltak og hjelp så tidlig som mulig for å kunne forebygge skader på barnet. Det er ikke bare til unnsetning for barnet, men også for den gravide. Det har vist seg i denne undersøkelsen at de fleste som har mottatt hjelp, har fått en positiv opplevelse av å bli ivaretatt med en gang.

En av informantene sa:

Så er det helt sikkert, det ved jeg, for vores patienter, de oplever en smidighed (...). For en socialforvaltning det kan tage utrolig lang tid, at få fat i folk. Og da har vi simpelthen en anden smidighed udover vi ikke har ventetid. Så er det sådan, at hvis ikke den ene socialrådgiveren kan så er der altid en anden socialrådgiver. Så der er aldrig flere ugers ventetid for at komme til at tale med noen. (Susanne)

Det må være en stor lettelse for den gravide å kunne få prate med dem de ønsker med én gang de har oppsøkt virksomheten. Det kan være svært vanskelig for en gravid rusmiddelmissbruker i det hele tatt å komme til Familieambulatoriet og søke hjelp. Det er da viktig å gi hjelp så fort som mulig siden kvinnen er innstilt på å få hjelp. Hadde

---

hun fått time på et senere tidspunkt, kan det være at hun ikke lenger hadde vært motivert for å gå til lege, psykolog eller andre. København-modellen har poengtert at det ikke er nødvendig med henvisning fra lege. Det vil si at kvinnen kan komme direkte fra gaten, og det er heller ingen ventetid (Olofsson 2005). Susanne bekrefter at det føles som en smidighet for den gravide.

Familieambulatoriet er en avdeling med et godt utviklet tverrfaglig samarbeid. Det kan på mange måter oppleves som positivt på den kommende mor, ettersom de da har færre steder å forholde seg til. En av informantene sa:

De oplever her at de kommer jo ud til en samlet pakke, hvor vi sidder innenfor 20 kvadratmeter alle sammen. Det er meget stor forskjell på dem og det letter utroligt masse, også fordi de er gravide og de er trøtte.  
(Susanne)

Det kan være en stor fordel for den gravide å få så mye hjelp som mulig på én plass. I og med at det både finnes sosialrådgivere, leger, jordmødre og psykologer samlet på én avdeling, kan det føre til at den gravide ser at hun har et nettverk rundt seg hvor hun kan få god hjelp. Det kan på denne måten være en lavere terskel for den gravide/mor å komme tilbake og søke hjelp. Det er også på den måten muligheter for å avtale en time med psykolog eller andre med en gang dersom behovet er tilstede.

En av informantene sa:

Hvis de kommer ud og bryder sammen hos jordmoren og sier, at kæresten og jeg har gået i fra hverandre, og hvor skal jeg bo? Og jeg ved ikke hvordan min økonomi er? Så kan jeg lige blive kaldt over for eksempel, eller de kan få en tid hvor de kommer til mig hurtigst mulig. Det oplever de som en smidighed, altså det sætter de stor pris på.  
(Susanne)

De kvinnene som har rusmiddelproblemer som kommer til Familieambulatoriet, har kanskje en uheldig livssituasjon hvor hun har behov for å snakke med andre. Det kan som nevnt i eksemplet, være økonomiske problemer, problemer med familiesituasjonen eller annet. Som det er kommet frem i undersøkelsen, er mange pasienter glade for smidigheten med å ha mange fagpersoner samlet på ett sted. Olofsson (2005) nevner at det er viktig å ta hensyn til mors sårbarhet, samtidig som at

man skal være realistiske og ærlige overfor mors situasjon og barnets behov. Å bli henvist til andre faggrupper umiddelbart, kan få kvinnen til å oppleve smidighet. Det at faggruppene er åpne og realistiske, vil også skape trygghet for kvinnen. Tilfellene beskrevet ovenfor gjelder på Familieambulatoriet. I et samarbeid med eksterne samarbeidspartnere vil de naturligvis bli møtt på andre plasser. Det at den gravide får tillit og god mottakelse fra starten av, vil lette det videre samarbeidet som måtte foregå med andre instanser.

### Fysiske rammer

De fysiske rammene er viktige. I Familieambulatoriet er de interne samarbeidspartnere samlet i én bygning, noe som gjør at terskelen for å spørre om hjelp blir lavere og kommunikasjonen faggruppene imellom blir bedre. Susanne presiserte:

Set ud fra patientenes (...) det er ingen tvivl om at (...) de fysiske rammer er meget afgørende for det tværfaglige samarbejdet. (...) De fysiske rammer er meget meget vigtig i forhold til det tværfaglige samarbejdet. Det vil jeg godt understrege fordi vi ved alle sammen, det er også det man kaller rådhus-effekten, man taler med dem der er lige i nærheden af en.

For en gravid kvinne som kanskje har en større problematikk med hjem og familieforhold, kan det være svært positivt å kunne forholde seg til én plass. De interne faggruppene har lavere terskel for å spørre hverandre om hjelp, noe som kommer den gravide/kvinnen til gode.

---

### Hvem har skylden?

Informantene opplever at mange gravide/mødre har behov for å legge skylden på enkelte personer som prøver å hjelpe dem. De profesjonelle kan komme med løsninger som kvinnen ikke selv ønsker, men som ifølge de profesjonelle er til det beste for barnet. En av informantene sa følgende:

Altså det omkring juridisk bistand og hele lovgivningen, da er det jo klart de føler seg hjulpet, fordi det handler jo også om når jeg er sammen med dem (...) Jeg skriver brev og jeg ringer for at komme igennem hvor de har opgitt. Men det er jo også klart at de også skal have det svært med mig (...) Fordi jeg har den rolle jeg har. (Susanne)

Det er mange som vet at de får god hjelp, men som likevel kan ha problemer med å innse det.

Også sier de sådan at vi ved jo godt at du vil hjelpe os. Det tror jeg de fleste af dem godt ved. (Tina)

Det er ikke alle foreldre som har forestilt seg det slik som det blir lagt frem. En av informantene sa følgende:

Så håber vi selvfølgelig at hun får forståelse for at vi hjelper barnet, og ikke for at straffe hende, men de opplever det som en straf når det ikke er som de selv har forestillet sig. (Susanne)

For å få mor til å få en forståelse av situasjonen mener jeg det er viktig å ha kompetanse på hvordan man skal legge frem problemstillingen for kvinnen. En av informantene sa dette:

Altså det er jo nogle dårlige, rigtigt dårlig fungerende forældre som har brug for at projisere deres følelser ud på nogle anstalt som mig. Og ofte er det sådan at forvaltningene er de helt store idioter, fordi det er dem der har myndigheden. (Tina)

Det er klart at det kan være vanskelig for foreldre å innse at de ikke kan ta seg av barnet. Det kan være en forsvarsmekanisme som gjør at de har behov for å skylde på noen og bli sinte. Mange av dem vet at sosialforvaltningen har myndigheten til å ta fra dem barnet og plassere barnet i fosterhjem. En annen informant sa at det er mange av

dem de hjelper som har behov for å skyldes på noen, og det blir i mange tilfeller sosialforvaltningen. I et tverrfaglig samarbeid er det større sjanse for at noen av de ansatte får den gode dialogen med foreldrene. Det er flere parter å spille på, dette kan skape større rom for at kvinnen knytter seg til enkelte i samarbeidet. Selv om kvinnen da legger skylden på noen i samarbeidet kan det likevel være andre hun viser tillit til. Mange av dem er i en uønsket situasjon, og har i mange tilfeller opplevd nederlag. Det å miste rettigheten til sitt eget barn må være en tøff påkjenning. Ut fra datamaterialet synes det å ha et støtteapparat rundt seg med ulike fagpersoner, å være til stor hjelp for kvinnen. Ifølge Killén (2003) er noen foreldre med rusmiddelproblemer sterkt opptatt av seg selv og sine behov. De kan ha større problemer med å se barnets behov. De fleste ønsker det beste for barnet, men det kan likevel være vanskelig for foreldre å innse at de kanskje ikke har muligheten til å yte det beste for barnet sitt. Informantenes syn på å vise respekt og verdighet overfor kvinnen og familien er et viktig fokus, og det fokuseres i høy grad på å gi den beste hjelp til barnet, ut fra dette perspektivet.

## 6. Sluttord

Ifølge en artikkel i den danske avisen *Berlingske tidende* uttalte velferdsministeren Karen Jespersen (2009), stor undring over at ikke Familieambulatorier er blitt startet i flere regioner ennå. Videre uttrykker hun at opprettelsen av Familieambulatorier ville spart samfunnet for mange penger. Det er ikke bare en modell som nødvendigvis er tilpasset gravide rusmiddelmissbrukere og deres barn, den kan også fungere som et tilbud til andre utsatte grupper med psykososial belastning. I løpet av 2009 er målet å få etablert familieambulatorier i alle regioner i Danmark (Jespersen, 2009).

København-modellen har også hatt innflytelse i Norge. Ifølge statsråd Sylvia Brustad skal det settes i gang et langsiktig tiltak med utgangspunkt i København-modellen.

Dette tiltaket skal prøves ut ved sykehuset Namsos og sykehuset Asker og Bærum HF (Brustad, 2007). Som følger av dette ble prosjektet "Ambulatoriet" dannet i Namsos hvor de har tatt utgangspunkt i det København-modellen, men tilpasset det etter situasjonen de har. I 2007 ble det etablert tverrfaglige team som hovedsaklig tilbyr forebyggende behandling, omsorg og andre tiltak som skal være med på å støtte rusmiddelmissbrukende familier for å få en bedre start på livet (Vikan, 2008).

Sykehuset Asker og Bærum har et samarbeidsprosjekt kalt "Forebyggende familieteam". Det er et samarbeid mellom avdelinger for psykisk helse og kvinneklinikken i sykehuset Asker og Bærum HF. Prosjektet er rettet mot barn av foreldre med rusmiddelproblematikk eller psykiske vansker, og er inspirert av Familieambulatoriet i København (Brattlie og Lindboe, 2009).

Tverrfaglig samarbeid er betydningsfullt og nødvendig for å hjelpe barn til å få en god start på livet. Hensikten med mitt prosjekt var å finne ut av informantenes opplevelse av samarbeidet og hvilke utfordringer de ansatte stod ovenfor. I min undersøkelse kom det frem at informantene stort sett var enige om at samarbeidet fungerte bra. Det var åpenbart flere positive erfaringer som belyste at de var avhengig av hverandre for å yte god hjelp til moren og barnet. Samarbeidet mellom partene i København-modellen viste, ifølge undersøkelsen, preg av åpenhet og trygghet, og at man hele

tiden jobber sammen om å finne den beste løsningen for barnet. Mine resultater fastslår at de på mange områder er tilfredse med å jobbe tverrfaglig. Det viser seg at det er nyttig og helt nødvendig å arbeide tverrfaglig. Å sette i gang tiltak så tidlig som mulig vil være med på å skape en større mulighet for at barn som er født av en rusmiddelmissbrukende mor, utvikler seg normalt.

Det ville vært interessant å kunne videreutvikle min undersøkelse ved bruk av et større utvalg informanter, samt intervjuet flere interne og eksterne samarbeidspartnere. Dette ville kunne ha skapt et større bilde av funksjonene på tvers av systemene. Det ville også vært interessant å undersøke hvordan det tverrfaglige samarbeidet i intervensjonsmodellene i Norge, som er blitt inspirert av København-modellen, fungerer. Mitt prosjekt kan likevel være relevante for andre som arbeider tverrfaglig. Det kan være nyttig og inspirerende å få innblikk i andres måter å arbeide på, gjennom informantenes opplevelser og erfaringer.



---

## Kildeliste

- Andersen, J., Gundelach, S. og Rasmussen, K. (2005). *Med udgangspunkt i barnet. Barneperspektiver, rummelighed og tværfagligt samarbejde*. Århus: Udviklingsforum.
- Bakka, J.F. og Fivelsdal, E. (1998). *Organisationsteori. Struktur, kultur, processer*. Viborg: Handelshøjskolens Forlag.
- Bastrup, B. (2000). *Tavshedspligt i tværfagligt samarbejde. Redskaper til din "verktøjskasse"*. Nykøbing: Forlaget LYNGEN.
- Becker-Chritensen, C. og Olsen, G.H (2002). *Politikens dansk ordbog*. København: Politikens forlag A/S
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget.
- Brattli, I.H. og Lindboe, B (2009). Unikt samarbeid gir hjelp til barn i Asker og Bærum. *Artikkel fra sshr.no*. Hentet den 27. April 2009 fra <http://www.sshf.no/artikkel.aspx?m=1088&artID=16227>
- Brustad, S (2007). Langsiktig hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. *Tale/artikkel fra helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet den 20.januar 2009 fra [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler\\_artikler/minister/helse--og-omsorgsminister-sylvia-brustad/2007/Langsiktig-hjelp-til-barn-av-psykisk-syk.html?id=489542](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/helse--og-omsorgsminister-sylvia-brustad/2007/Langsiktig-hjelp-til-barn-av-psykisk-syk.html?id=489542)
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode: –En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalgas, B.M (2006). Familieambulatoriet virker. *Om det første familieambulatorium.*

DR/DK Nyheder. Publisert 31.juli 2006. Hentet den 18.februar 2009 fra

[http://www.alkohol.dk/ambulatoriet\\_virker.htm](http://www.alkohol.dk/ambulatoriet_virker.htm).

Ejrnæs, M. (2006). *Faglighed og tværfaglighed. Vilkkårene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere.* 2.utgave.

København: Akademiske forlag.

Gulddal, J. og Møller, M. (1999). *Hermeneutik. En antologi om forståelse.*

København: Gyldendal.

Glavin, K. og Erdal, B (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: - Til beste for barn og unge i kommune – Norge.* Oslo: Universitetsforlaget.

Forvaltningsloven (1985). *Forvaltningslov m.v. av 19. desember 1985 nr. 571.*

Hafstad, R. og Øvreeide E. (1998). *Foreldrefokusert arbeid med barn.* Kristiansand:

Høyskoleforlaget.

Hansen, C.Y. (1999). *Nu trækker vi på samme hammel! Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring børn og unge i kommunerne.* København:

Socialministeriet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.* NOU 2005:3. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1999). *Regjeringens folkesundhedsprogram*

1999-2008. København.

Jespersen, K. (2009, 15. mars). Lås gravide misbrugere inde. *Berlingske Tidende.*

Hentet 17.april 2009, fra

<http://www.berlingske.dk/article/20090315/danmark/703150079/>

Killén, K. (1991). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar.* Oslo: Kommuneforlaget.

- 
- Killén, K. og Olofsson, M. (2003). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kvale, S (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. United states of America: SAGE Publications, inc.
- Kjønstad, A. (2001). *Taushetsplikt om barn. kommunikasjon og samarbeid mellom helseetaten, skoleetaten, sosialetaten og barnevernet*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2006). *Tværfagligt samarbejde: Perspektiv og strategi*. 2.utgave. Århus: Forlaget KLIM.
- Maxwell, J.A. (1992). "Understanding and validity in qualitative research", i *Harvard educational review, i Spesialpedagogikk. SPED 4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk. Master blandingskompendium*. Oslo: Unipub, Universitetet i Oslo.
- Nesvåg, S., Backer-Grøndahl A., Duckert, F., Enger Ø., Huseby G. og Kraft, P. (2007). Kunnskapsoppsummering – tidlig intervensjon. *Tidlig intervensjon på rusfeltet- en kunnskapsoppsummering*. Rapport IRIS – 2007/21. Sosial- og helsedirektoratet.
- NESH (2006). *Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi."* Oslo.
- Osmundsen, M.R (2007). *Langsiktig hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. Tale/artikkel, publisert 14.11.2007 av barne- og likestillingsdepartementet. Hentet 17.februar 2009, fra [http://www.regjeringen.no/nb/tidligere\\_statsraader/manuela-ramin-osmundsen/taler-og-artikler/2007/Langsiktig-hjelp-til-barn-av-psykisk-syk.html?id=489529](http://www.regjeringen.no/nb/tidligere_statsraader/manuela-ramin-osmundsen/taler-og-artikler/2007/Langsiktig-hjelp-til-barn-av-psykisk-syk.html?id=489529)

- Olofsson, M. (2005). *Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel*. København:
- Olsen, J.B. (2009). *Den store danske. Gyldendals åbne encyklopædi*. Hentet 21.mai 2009, fra [http://www.denstoredanske.dk/Erhverv, karriere og ledelse/P%C3%A6dagogik og uddannelse/Erhvervsrettede ungdomsuddannelser/socionom?highlight=socionom](http://www.denstoredanske.dk/Erhverv,_karriere_og_ledelse/P%C3%A6dagogik_og_uddannelse/Erhvervsrettede_ungdomsuddannelser/socionom?highlight=socionom)
- Røkenes, O.H. og Hansen P-H. (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Senge, P.M. (1999). *Den femte disiplin. Den lærende organisations teori og praksis*. Århus: Forlaget Klim.
- Serviceoven (2005). *Bekendtgørelse af lov om social service m.v av 5. april 2005 nr. 280*.
- Solbakken, B.H., Lauritzen, G. og Lund Ødegård, M.K. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. Oslo: SIRUS.
- Sund hele livet. Regjeringens folkesundhedsprogram 2002-2010. København.
- Sundhedsloven (2005). *Bekendtgørelse af sundhedsloven m.v av 24. juni 2005 nr. 546*
- Trost, J (1996). *Kvalitative interview*. København: Hans Reitzels forlag A/S.
- Vikan, A (2008). Familieambulatoriet: Bedre tilbud for de som ønsker en ny start. *Helse 04/2008 årgang 7. Et magasin fra Helse midt-Norge*. s. 22-23.
- Wormnæs, O 2007. "Om forståelse, tolkning og hermeneutikk," i *Spesialpedagogikk. SPED4010 Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk. Master blandingskompendium*. Universitetet i Oslo: Unipub.

---

**Vedlegg 1**

Birte Gabrielsen

Thuja Alle 9

2770 Kastrup

februar 2009

### FORESPØRSMÅL OM Å DELTA I INTERVJU

Jeg er i gang med å skrive en masteroppgave i spesialpedagogikk. Jeg tilhører universitetet i Oslo men er utvekslingsstudent på Københavns universitet et halvt år for å fullføre mastergraden.

Min masteroppgave omhandler det tverrfaglige samarbeidet i København-modellen og hvordan barn av rusmisbrukere blir fulgt opp etter at barnet er født. Bakgrunnen for at jeg har valgt å ta utgangspunkt i denne modellen, er blant annet fordi det er en modell som ikke er like godt utarbeidet i Norge.

Min problemstilling er følgende:

*Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet i Københavnmodellen i forhold til oppfølging av rusmisbrukere og deres barn i praksis?*

Jeg ønsker med dette utgangspunkt å intervju tre til fire fagpersoner i ulike etater. Det kan være sosialarbeider, pp-rådgiver, ansatte i sykehuset og eventuelt førskolelærer som arbeider i barnehage. Et ønskelig kriterie er at informantene har vært ansatt i minst fire år. Dette kan være hensiktsmessig for å få mer innblikk i deres erfaringer over tid. Mine spørsmål vil ta utgangspunkt i problemstillingen ovenfor.

Intervjuet kommer til å foregå på deres kontor hvor jeg bruker båndopptaker og noterer.

Deltakelse i intervjuet er frivillig og informantene kan når som helst trekke seg. Opplysningene deres vil da bli slettet umiddelbart. Alle dataene vil bli tatt opp på lydbånd og transkriberes. Informantene står som anonyme i oppgaven og lydbåndet vil bli slettet etter at oppgaven er levert og bestått. Det er kun meg, Birte Gabrielsen, som forsker, som kommer til å benytte meg av lydbåndet. Oppgaven vil bli levert i slutten av mai 2009.

Prosjektet er meldt og blitt godkjent av personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Har dere noen spørsmål, kan dere kontakte meg på min mailadresse:

[birte\\_gabrielsen@hotmail.com](mailto:birte_gabrielsen@hotmail.com) eller på tlf:

22391744

Mvh

Birte Gabrielsen

**Samtykkeerklæring:**

Jeg har mottatt informasjonen ovenfor og er kjent med retningslinjene om prosjektet tverrfaglig samarbeid.

Dato/sted.....

Signatur.....

# Intervjuguide

## Vedlegg 2

### Introduksjon

Jeg er i gang med min masteroppgave som omhandler det tverrfaglige samarbeidet i København-modellen. Jeg har valgt å fokusere på hvordan samarbeidet fungerer mellom de ulike etatene etter at barn av rusmisbrukere er blitt født.

Jeg kommer til å stille spørsmål hvor dere står fritt til å fortelle. Er det noe dere ikke vil svare på, så er det selvfølgelig helt greit. Intervjuet er frivillig og ønsker dere å trekke dere underveis, er det fullt mulig, og jeg sletter gitt informasjon hvis det er ønskelig.

Jeg ber dere om å snakke sakte i og med at språket er litt annerledes. Hvis dere ikke forstår hva jeg sier, er det bare å spørre. Det er viktig at vi forstår hverandre.

Jeg kommer til å ta dette opp på lydbånd, slik at jeg får med meg alt dere sier. Håper dere føler dere komfortable med dette.

### 1. Opplysninger om informanten

Hvilken stilling har du?

Hvor lenge har du jobbet her?

Hva er dine tidligere arbeidsbakgrunn?

### 2. Tverrfaglig samarbeid

Hva legger du i begrepet tverrfaglig samarbeid?

Hva mener du er hensikten med tverrfaglig samarbeid?

### **3. Informantenes arbeidsoppgaver**

Når i prosessen blir du kontaktet av Familieambulatoriet?

Kan du fortelle om dine arbeidsoppgaver etter at du er blitt kontaktet?

Kan du fortelle om din oppgave i samarbeidet med sykehuset etter at mor og barn har forlatt sykehuset?

### **4. Taushetsplikten**

Hvordan forholder du deg til taushetsplikten?

Har du opplevd at taushetsplikten har vært et problem i det tverrfaglige samarbeidet?

### **5. Informantens opplevelse av deres tverrfaglige samarbeid**

Hva er den største utfordringen ved å arbeide i et tverrfaglig team?

Hva ser du på som det mest positive og hvorfor?

Hva ser du på som det mest negative og hvorfor?

Hvordan synes du samarbeidet fungerer?

### **6. Informantenes forventinger**

Hva forventer du av dine samarbeidspartnere?

Hva tror du de forventer av deg?



**7. Den gravide/mors opplevelse**

Hvordan tror du den gravide/moren opplever hjelpen dere gir?

Har du fått tilbakemeldinger fra hvordan den gravide/mor opplever samarbeidet mellom de ulike etatene? Hva har de eventuelt sagt?

**8. Eventuelt**

Er det noe du ønsker å tilføye?

Tusen takk for at du stilte som informant.

## Vedlegg 3

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfages gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Heidi Mjelve  
Institutt for spesialpedagogikk  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1140 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 09.02.2009

Vår ref :20782 / 2 / GRH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 17.12.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

20782	<i>Godt tverrfaglig samarbeid?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Heidi Mjelve
Student	Birte Gabrielsen

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


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-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/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.05.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Vigdis Nantvedt Kvalheim

  
Grethe Halvorsen

  
Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 55 58 25 83  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Birte Gabrielsen, Eskedal, 4885 GRIMSTAD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svana@sv.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nrdmaa@sv.uib.no

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

20782

Utvalget består av fagfolk som har forbindelse med den danske københavnmodellen, som ansatte på sykehus, sosialarbeidere, barnehageansatte og fagfolk i pp-tjenesten.

Det registreres ingen direkte personidentifiserbare opplysninger. Intervjuene tas opp på lydbånd. Lydbåndene behandles som lydfiler og inneholder indirekte personidentifiserbare opplysninger.

Vi legger til grunn at det ikke registreres opplysninger som kan identifisere rusmisbrukere (tredjeperson).

Utvalget informeres skriftlig om studien og samtykker skriftlig til deltakelse per e-post. Utvalget informeres om at lydbånd slettes ved prosjektslutt. Vi legger til grunn at utvalget i tillegg, muntlig eller skriftlig, informeres om at intervjuutskriftene anonymiseres ved prosjektslutt.

Lydbånd slettes og eventuelle øvrige (indirekte) personidentifiserbare opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, 29. mai 2009.