

# *MASTEROPPGAVE*

*”Miljøterapeuters ubetydelige kompetanse”*

*- En kvalitativ studie av miljøterapeuters opplevelse rundt bruken av deres kunnskap og kompetanse i ungdomspsykiatriske behandlingsløp*

*“Milieu therapist’s insignificant competence”*

*- A qualitative study of milieu therapist’s experience regarding the usage of their knowledge and competence in adolescent psychiatric course of treatment*

*Hege Borgersen Stevenson*

*29.04.2022*

*Masterstudium i psykososialt arbeid – helse- og sosialfaglig yrkespraksis*

*Fakultet for helse, velferd og organisasjon*

*Høgskolen i Østfold*



## Sammendrag

Til tross for årevis av satsing på å bedre Norges psykiske helsehjelp til barn og unge, mener FNs barnekomité at det fremdeles ikke holder mål og at det må tenkes nytt. Under den seneste gjennomgangen av psykisk helsehjelp til barn og unge, valgte Barneombudet å unnlate miljøterapeuter, de som jobber tettest på de unge, i arbeidet av ny rapport.

Denne studien ønsker å kaste lys på tilsynelatende glemte miljøterapeuter, de som tilbringer mest tid sammen med de unge i barn- og ungdomspsykiatriske døgnposter. Med utgangspunkt i studiens problemstilling *hvordan opplever miljøterapeuter at deres kunnskap og kompetanse brukes i behandlingen av ungdom inneliggende i psykiatriske døgnposter?* Lytte til deres kunnskap og kompetanse rundt ungdom med psykiske utfordringer, til deres tanker og erfaringer om hjelpebehovet til disse sårbare unge. Dette i relasjon til deres profesjonelle rolle og de organisatoriske rammene de jobber under.

Innsamling av materialet til studien ble utført gjennom kvalitative semi-strukturerte intervjuer av åtte miljøterapeuter som jobber i tre ulike barn- og ungdomspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Studien har en psykososial tilnærming og har benyttet Grounded Theory som analysemetode.

Studien identifiserte de tre hovedkategoriene *Familieperspektiv har vi ikke tid til, Diagnostisk kultur til hinder og Utrygg på jobb - dårligere behandling*. Hovedkategoriene er konstruert på grunnlag av utsagn fra deltakerne under intervjuene, og de belyser deltakernes beskrivelser, de drøftes ved hjelp teori samt sitat fra intervjuene. De tre hovedkategoriene ledet fram til kjernekategori: *Miljøterapeuters ubetydelige kompetanse*.

Studien viser miljøterapeuters behov for å bli mer sett og hørt, samt betydningen av meningsfulle arbeidsoppgaver. Ungdommer innlagt i psykiatrien står i fare for å få dårlig behandling dersom miljøterapeuter som jobber nærmest dem, utsettes for ugunstig arbeidsmiljø. Miljøterapeuter står i fare for å bli utbrent ved at de dras mellom retningslinjer og manglende ressurser. De er utsatte for utrygghet på jobb, manglende støtte og tverrfaglighet, de må utføre oppgaver de ikke kan stå inne for og fraværende ledelse.

Er ikke miljøterapeuters kunnskap og kompetanse av betydning for politikere og ledere innen psykisk helsevern, eller handler deres usynlighet om manglende profesjonsavgrensing, identitet og autoritet?

## Abstract

Despite years of efforts to improve mental health care for children in Norway, the UN Committee of children still believe that the goals aren't met and must be rethought. During the latest review of mental health care for children and adolescents, the Ombudsperson for Children, nevertheless chose to exclude milieu therapists, the ones working closest to the children, in the preparation of the new report.

This study wishes to shed light on the seemingly forgotten milieu therapists, those who spend most time with the young ones admitted to psychiatric ward. Based on the question at issue on *how do milieu therapists experience that their knowledge and competence are being used in treatment of adolescents admitted to psychiatric wards*, this study aims to listen to their knowledge and competence regarding these vulnerable young ones, to their thoughts and experiences about the help given. In relation to their professional role, and the organisational framework at their workplace.

Collection of material for the study was carried out through qualitative semi-structured interviews of eight milieu therapists who work in three different child- and adolescent psychiatric wards in the special health care service. The study has a psychosocial approach and Grounded Theory was chosen as the method of analysis.

Three higher order categories were identified: *No time for family perspective*, *Hampered by diagnostic culture* and *Unsafe at work – poorer treatment*. The construction of categories, are based on statements from the participants during the interviews, they shed light on the participant's descriptions, and are discussed using theory as well as statements from the interviews. The three higher order categories lead to the core category: *Milieu therapist's insignificant competence*.

The study shows that milieu therapists need to be more seen and heard, as well as the importance of meaningful work. Hospitalized adolescents are at risk of receiving poor treatment if milieu therapists who work closest to them are exposed to an unfavourable working environment. By being dragged between guidelines and lack of resources milieu therapists are at risk of being burnt out. They are exposed to stress, lack of support and interdisciplinarity, insecurity at work, having to perform tasks they can't vouch for and an absent management.

Isn't milieu therapist's knowledge and competence of importance to politicians and management within mental health services, or is their invisibility due to lack of professional delimitation, identity and authority?

## Forord

Under dette studiet i psykososialt arbeid er det spesielt en ting som har gått igjen, noe jeg selv har vært opptatt av lenge, nemlig betydningen av samspill. Hvordan vi påvirker og påvirkes av det og de rundt oss. Å evne se hele mennesket, være nysgjerrige og oppmerksomme på hva som ligger bak atferd og utfordringer, fange opp dynamikken ved miljøer og andre elementer rundt enkeltindivider. Jeg har valgt å ta med et sitat jeg synes er passende, som kan være like treffende for ansattes psykososiale arbeidsmiljø, som i forhold til barn og unges psykiske helse.

When a flower doesn't bloom,  
you fix the environment in which it grows,  
not the flower

Alexander Den Heijer

Et stort takk til alle som har bidratt til denne masteroppgaven.

Jeg er ekstra takknemlig ovenfor deltakerne i studien, som viste meg tillitt og gav av sin fritid for å dele erfaringene sine med meg. Takk til min veileder Guro Øyen Huby for hennes innspill og iherdige innsats i å lede meg i riktig retning. Takk også til min familie for deres tålmodighet og forståelse for mitt fravær under oppgavens skriveprosess.

Hege B. Stevenson 29.04.22

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>1.1 BEGREPSAVKLARING</b> .....	<b>4</b>
1.1.1 MILJØTERAPEUT .....	4
1.1.2 BEHANDLER .....	5
<b>1.2. TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL</b> .....	<b>8</b>
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b>	<b>10</b>
<b>2.1 PSYKOSOSIALT ARBEID</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2 BARN OG UNGDOM</b> .....	<b>12</b>
<b>2.3 FAMILIE</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4 ORGANISATORISKE RAMMER</b> .....	<b>15</b>
<b>2.5 SALUTOGENESE , PATOGENESE OG TRANSDISCIPLIN</b> .....	<b>16</b>
<b>2.6 MILJØTERAPI</b> .....	<b>17</b>
<b>2.7 KUNNSKAP, KOMPETANSE</b> .....	<b>21</b>
<b>3.0 METODE</b>	<b>23</b>
<b>3.1 KVALITATIVE FORSKNINGSMETODER</b> .....	<b>23</b>
<b>3.2 GROUNDED THEORY MED KONSTRUKTIVISTISK ORIENTERING</b> .....	<b>24</b>
<b>3.3 SEMI-STRUKTURERT INTERVJU</b> .....	<b>27</b>
<b>3.4 SELEKSJON AV DELTAKERE OG TEORIUNDERBYGNING</b> .....	<b>28</b>
<b>3.5 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE</b> .....	<b>29</b>
<b>3.6 ETISKE BETRAKTNINGER</b> .....	<b>30</b>
<b>3.7 STUDIENS RELIABILITET</b> .....	<b>31</b>
<b>3.8 REFLEKSJON OVER EGEN ROLLE SOM FORSKER</b> .....	<b>33</b>
<b>4.0 ANALYSE</b>	<b>35</b>
<b>4.1 TRANSKRIBERING</b> .....	<b>35</b>
<b>4.2 KODING</b> .....	<b>35</b>
4.2.1 METNING.....	40
4.2.2 KATEGORISERING .....	40
<b>4.3 MIN ROLLE INN I ANALYSEN</b> .....	<b>42</b>
<b>5.0 RESULTATER</b>	<b>44</b>
<b>5.1 HOVEDKATEGORI 1: FAMILIEPERSPEKTIV HAR VI IKKE TID TIL</b> .....	<b>45</b>
<b>5.2 HOVEDKATEGORI 2: DIAGNOSTISK KULTUR TIL HINDER</b> .....	<b>48</b>
<b>5.3 HOVEDKATEGORI 3: UTRYGG PÅ JOBB – DÅRLIGERE BEHANDLING</b> .....	<b>51</b>
<b>6.0 DRØFTING AV KATEGORIENE</b>	<b>55</b>
<b>6.1 FAMILIEPERSPEKTIV HAR VI IKKE TID TIL</b> .....	<b>55</b>
<b>6.2 DIAGNOSTISK KULTUR TIL HINDER</b> .....	<b>59</b>
<b>6.3 UTRYGG PÅ JOBB – DÅRLIGERE BEHANDLING</b> .....	<b>64</b>
<b>6.4 MILJØTERAPEUTERS UBETYDELIGE KOMPETANSE</b> .....	<b>70</b>
<b>6.4 STYRKER OG BEGRENSNINGER</b> .....	<b>73</b>
<b>7.0 AVSLUTNING</b>	<b>76</b>
<b>8.0 REFERANSER</b>	<b>79</b>

## OVERSIKT OVER VEDLEGG, TABELLER OG FIGURER

<b>TABELL I.</b> EKSEMPLER FRA DATAMATERIALET OG INNLEDENDE KODER.....	37
<b>TABELL II.</b> EKSEMPLER PÅ INNLEDENDE KODER OG SELEKTIVE KODER.....	38
<b>TABELL III.</b> EKSEMPLER PÅ SELEKTIVE KODER OG FORELØPIGE KATEGORIER.....	39
<b>FIGUR I.</b> ILLUSTRASJON AV ORDSKY.....	41
<b>FIGUR II.</b> ILLUSTRASJON AV DE TRE HOVEDKATEGORIENE SOM FØRTE TIL KJERNEKATEGORIEN.....	44
<b>TABELL IV.</b> ILLUSTRASJON AV HOVEDKATEGORIER, KATEGORIER OG UNDERKATEGORIER.....	45
<b>TABELL V.</b> KATEGORIER, UNDERKATEGORIER OG TEMAER FRA HOVEDKATEGORIEN ”FAMILIEPERSPEKTIV HAR VI IKKE TID TIL”.....	46
<b>TABELL VI.</b> KATEGORIENE ”DET FORVENTES AT VI SKAL JOBBE MED DIAGNOSEN” OG ”BEHANDLINGEN ER SÅ STYRT AV PAKKEFORLØPENE, DA KLARER VI IKKE Å JOBBE MED UNGDOMMEN DER DE ER” MED UNDERKATEGORIER OG TILHØRENDE TEMAER.....	49
<b>TABELL VII.</b> KATEGORIENE ”JEG ER GLAD VI ER EN SAMMENSVEISA GJENG VI MILJØTERAPEUTENE, VI TAR VARE PÅ HVERANDRE”, ”Å JOBBE MED SAKER NESTEN HVER DAG SOM JEG IKKE HAR KUNNSKAP ELLER ERFARING MED, DET FØLES IKKE RIKTIG” OG ”GRUSOMME DAGER PÅ JOBB, JEG TENKER PÅ DEN UNGDOMMEN ENNÅ” MED TILHØRENDE UNDERKATEGORIER OG TEMAER.....	51
<b>VEDLEGG 1</b> INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA.....	89
<b>VEDLEGG 2</b> INTERVJUGUIDE.....	92

## 1.0 Innledning

Psykiske helseutfordringer blant barn og unge er rapportert som den største utfordringen innen folkehelse og forebyggende arbeid i norske kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Samme rapport skriver at psykiske lidelser står for mer enn 25% av sykdomsbyrden til barn og unge i alderen 10-14. Dette økes til over 30% i alderen 15-19 år, i tillegg er antall unge som opplever dårlig livskvalitet økende. Rapporten mener det trengs mer kunnskap om psykisk helse hos barn og unge, og at familiene deres spiller en stor rolle her. Det ønskes mer brukervedvirkning for de unge og deres familier, og også en sterkere faglig ledelse med mer kompetanse på blant annet medvirkning og ulike kunnskapsbaserte terapiformer innen psykisk helsevern. Det ropes rett og slett etter mer kunnskap om hva som faktisk virker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 9-10), og tilstanden er fremdeles den samme ifølge en undersøkelse av Riksrevisjonen (2021).

I 2020 var et av satsingsområdene til barneombudet å jobbe for bedre psykisk helsehjelp til barn og unge. Bakgrunnen var at til tross for planer og tiltak gjennom flere år, for nettopp å bedre den psykiske helsehjelpen til de unge, så står man fremdeles ovenfor de samme utfordringene. Barneombudet skriver i rapporten ”Jeg skulle hatt BUP i en koffert” (2020), at FNs barnekomite flere ganger har understreket at det psykiske helsevernet til barn og unge i Norge ikke holder mål. At det må tenkes nytt, med behov for større grad av brukervedvirkning og mer fleksible tjenester. Barneombudet mente det var behov for en bred gjennomgang av den psykiske helsehjelpen til de unge, og i den forbindelse intervjuet de behandlere og ledere i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), ungdom og deres foreldre, som resulterte i en rapport med konkrete anbefalinger (Barneombudet, 2020, s. 4). I arbeidet med den nye rapporten valgte altså Barneombudet å utelukke miljøterapeuter, de som jobber nærmest barn og unge i psykiatrien. Det kan samsvare med at fagpersoner med bachelorutdanning i helse- og sosialfag opplever å bli kunnskapsmessig devaluert, selv de som har videreutdannet seg og har master- og doktorgrader (Karlsson, 2011, s. 57).

I forbindelse med et intervju med Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol, skriver Aftenposten at det er flere barn og unge som sliter med psykiske utfordringer enn før og viser til økningen på 6000 flere henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien enn i fjor. Til dette sier Kjerkol at det ønskes å finne ut av hvordan den psykiske helsehjelpen kan bedres, de vil se på hva slags behandling som faktisk har effekt og at det vil settes ned et ekspertutvalg til dette (Hallgren & Skogstrøm, 2022). Etersom ekspertutvalget ikke er satt i skrivende stund, blir det interessant å se hva slags kompetanse og hvilke profesjoner som velges til å sitte i ekspertgruppen.

Innen det psykiske helsefeltet er det lege- og psykologprofesjonene som sitter øverst i hierarkiet, sitter på makten til å rangere andre profesjoner og deres kunnskap opp mot deres (Karlsson, 2011). Dette til tross for at opptrappingsplanen hadde fokus på brukermedvirkning og at arbeidet skulle være tverrfaglig og tverrvitenskapelig. Det skulle åpnes for samarbeid for å sørge for samordnet individuelt tilpasset hjelp, og at andre profesjoner enn leger og psykologer skulle involveres mer i det psykiske helsearbeidet (Karlsson, 2011, s. 57). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2018) hevder at det finnes for lite kunnskap om effekten på behandlingen av barn og unge med psykiske utfordringer. Planen etterspør evalueringer av arbeidet, samt at både barn, unge, pårørende og tjenestene involveres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 66).

Innen psykiatrien blir ulike helse- og sosialarbeidere ansatt for å utføre miljøterapeutisk arbeid, noe som er den mest brukte behandlingsformen innen barn- og ungdomspsykiatri (Utne, 2006). Miljøterapeutisk arbeid kan kort forklares som planlagt, tilrettelagt og en systematisk bruk av det som fremkommer i miljøet under interaksjonene mellom pasient og miljøterapeut. Miljøterapeutisk arbeid skal benytte seg av interaksjoner i miljøet, bidra til fysisk, mental og sosial vekst. Pasientene må forstås som komplekse hvor flere sider av menneskene påvirker hverandre, arbeidet skal ikke begrenses til kun et miljø, som sykehusmiljøet, men heller til de miljøene pasienten normalt lever i, som for eksempel på skolen, ute i naturen eller hjemme sammen med familien (Lillevik & Øien, 2015). Miljøterapeutisk arbeid i psykiatrien handler altså om å forstå pasientene som komplekse, hvor det er av betydning at ingen aspekter av pasienten, som påvirker helheten, blir glemt (Lillevik & Øien, 2015).

Som nevnt er det en gjerne en sammensatt profesjonsgruppe som jobber som miljøterapeuter, blant andre vernepleiere, sykepleiere og barnevernspedagoger. Med en slik gruppe har man en styrke, muligheten til å kunne være fleksibel i tilnærmingen til pasientene, og gjennom samarbeid finne ulike og kanskje nye veier sammen med pasientene. På den andre siden kan akkurat dette mangfoldet være en svakhet for miljøterapeuter? Med en fellesbetegnelse på ulike profesjoner mister man kanskje forutsigbarheten og tydeligheten om hva man kan og hvilken kompetanse man besitter. Personal arbeidende som miljøterapeuter mangler en tydelig avgrensning i hva de er og hva de kan. Samtidig er det min erfaring at miljøterapeuter innen psykiatriske avdelinger på sykehus har det til felles at de skal jobbe miljøterapeutisk, altså med miljøterapi.

Flere høyskoler har de siste årene tilbudt en tverrfaglig og tverretattlig videreutdanning i *psykososialt arbeid for barn og unge*, et oppdragsstudium fra Helsedirektoratet.



Videreutdanningen er ment for blant andre profesjoner ansatt for å utføre miljøterapeutisk arbeid, slik som deltakerne i denne studien. *Psykososialt arbeid for barn og unge* er et utdanningstiltak etter regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse .

Evalueringen av denne videreutdanningen viser at studiet er relevant og gir viktig læring, men at engasjement fra arbeidsgiverne til studentene er fraværende. Evalueringen viser også at kompetansen i liten grad internaliseres på arbeidsplassene, noe som kan bety manglende etablerte strukturer for tverrfaglighet (Helsedirektoratet, 2021).

Riksrevisjonen (2021) viser også i sin undersøkelse til utfordringer både spesialisthelsetjenesten og kommuner har med implementering av kunnskap, men også til mangel på forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for behandlinger som gis innen psykisk helsevern. De fremhever lederes ansvar med å ha oversikt over ansattes kompetanse samt å sørge for nødvendig opplæring (Riksrevisjonen 2021).

Man kan spørre seg om kompetansen til miljøterapeuter innen psykiatrien ikke er kjent blant ledere, politikere og andre fagprofesjoner? Miljøterapeuter står i utfordringer som kan handle om gapet mellom legenes, psykologenes og det organisatoriske medisinske paradigmet med diagnosefokus, og deres egne helsefremmende og psykososiale tilnærming, som for øvrig også er i tråd med myndighetenes ønskede fokus (Borge, Juritzen & Hem, 2018).

I tiden under arbeidet med denne studien har en pågående pandemi innvirket på samfunnet og på folks liv, i større eller mindre grad. I Kina, rundt årsskifte 2019-2020, ble viruset SARS-CoV-2 påvist, mest omtalt som Covid-19 eller Korona. Viruset kan gi alt fra lett forkjølelse til alvorlig sykdom og død, og etter rask spredning av viruset ble det i mars 2020 erklært som en pandemi. For å begrense smittesituasjonen ble det innført strenge restriksjoner her i Norge, som blant annet stengte barnehager og skoler, og alt av kultur- og idrettsarrangement ble avlyst. Under pandemien var det tidvis mer eller mindre inngripende smittevernstiltak, og restriksjoner som alt fra stengte skoler, delvis hjemmeskole, munnbind påbud, isolasjon for smittede, karantene for nærkontakter til smittede, hjemmekontor, permitteringer, begrensninger i antall nærkontakter, holde en til to meters avstand til andre, vaksinerings, smittesporing og testing, med mer (Tjernshaugen et al., 2022).

Ikke bare ble skoler og fritidsinteresser, som møteplass for de unge, svekket og tidvis helt borte, men også tilgangen på lokal helsehjelp ble begrenset eller forsvant. Mange helsesykepleiere på skoler, ble omdirigert til å arbeide med vaksinerings og testing i stedet for sine vanlige arbeidsoppgaver med å treffe og være der for de unge. De unges rettigheter ble brutt på flere hold, ved manglende skoletilbud og eller ved at hjemmeskole med digitale

løsninger ikke har vært av god nok kvalitet. Digital hjemmeskole har også svekket elevenes medvirkning betraktelig (Barneombudet, 2021 s. 10-14). Det ble på TV sendt taler av statsminister Erna Solberg og helse- og omsorgsminister Bent Høie, som talte *til* ungdommen. Ungdommenes medvirkning og kommunikasjonen *med* dem, var det ikke rom for.

Pandemien har ført til dårligere psykisk helse for mange barn og unge. Det er rapportert dårligere søvnvaner og spisevaner, følelse av meningsløshet, mye tid på sosiale medier, lite sosial kontakt, savn av venner og ensomhet (Barneombudet, 2021 s. 19). Flere av disse er faktorer som kan føre til dårligere psykisk helse og sårbare barn og unge er mer utsatt. Tidligere voldsutsatte barn og unge har større risiko for å igjen bli utsatt under pandemien, spesielt i familier hvor det er utfordringer med rus, psykisk helse og fattigdom. Selv om unge som tidligere har opplevd vold og overgrep rammes hardest under pandemien, var det også flere unge som opplevde seksuelle overgrep for første gang under nedstengingen (Hafstad & Augusti, 2020, s. 64-68). Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) rapporterer at under tiden med et nedstengt samfunn, ble de unges psykiske helse forverret og det har vært større press og pågang i barn- og ungdomspsykiatrien. Flere unge blir innlagte for behandling med alvorlige tilstander, og de unge er både yngre og i dårligere tilstand enn før (Bufdir, 2022). Samme rapport viser til manglende personell og utfordringer med å rekruttere fagfolk med riktig kompetanse. Det er for mange unge som henvises i forhold til antallet ansatte, det er stor slitasje på fagfolk, mange som slutter samt høyt sykefravær (Bufdir, 2022).

## **1.1 Begrepsavklaring**

### **1.1.1 Miljøterapeut**

Underveis i oppgaven blir deltakerne i denne studien kalt deltakere, men også miljøterapeuter. De har alle en profesjonsbakgrunn som "tre-årig", altså en bachelorgrad, enten som barnevernspedagog, vernepleier eller sykepleier. Årsaken til at begrepet miljøterapeut har blitt valgt er fordi deltakerne selv sier de blir omtalt som det i deres jobbhverdag. De er alle blitt ansatt med den profesjonsbakgrunn de har, men til å utføre miljøterapeutisk arbeid. I tillegg er det lite som skiller arbeidsoppgavene deres fra hverandre uavhengig av profesjon, selv ikke med ulike videreutdanninger skiller arbeidsoppgavene eller ansvar seg. For eksempel vil en miljøterapeut som er sykepleier "i bønn", med videreutdanning i psykisk helsearbeid inneha tittelen sykepleier med spesial utdanning (tidligere psykiatrisk sykepleier), en vernepleier med videreutdanning i folkehelsearbeid vil få tittelen vernepleier med spesial utdanning og en barnevernspedagog med videreutdanning i psykososialt arbeid får tittelen barnevernspedagog med spesial utdanning. Deltakerne i denne studien beskriver at de har de samme

arbeidsoppgavene uavhengig om de er tre-årige, har 60 studiepoeng videreutdanning eller mastergrad, og i det daglige arbeidet omtales de alle som miljøterapeuter.

Miljøterapeut er ikke en beskyttet tittel og det finnes ingen miljøterapeututdanning. Miljøterapeuter har ofte utdanning som for eksempel vernepleier, barnevernspedagog, sosionom, spesialpedagog eller sykepleier (Utdanning.no, 2021), akkurat som deltakerne i denne studien. Tittelen miljøterapeut brukes altså på deltakerne i denne studien, men også på mange andre, mens på andre arbeidsplasser kunne de samme blitt omtalt som psykisk helsearbeidere. Mens psykologer og psykiatere beskrives i offentlige dokumenter med deres profesjonsutdanning, omtales de andre helse- og sosialutdannede som *ansatte, personalet* eller *helsearbeidere*. Dette kan medføre forvirring da disse titlene ikke er beskrivende for deres bestemte profesjon, og det blir utydelig hva slags kompetanse og ansvar de besitter (Borge et al., 2018, s. 362-363).

### **1.1.2 Behandler**

Det finnes mange ulike behandlere, mens det mangler tydelig avgrensning eller definisjon på hva en behandler faktisk er eller gjør. Jeg fungerer selv som behandler i min jobb på lik linje med andre helsefaglige fagfolk med bachelorutdanning i ”bånn”. Deltakerne i denne studien deler samme erfaring som jeg selv har, om at på psykiatriske sykehusavdelinger er det psykiatere og psykologspesialister som defineres som behandlere. Når det refereres til behandlere i denne oppgaven vil det derfor være med tanke på profesjonene psykiatere og psykologspesialister.

## **1.2. Tidligere forskning**

For å danne kunnskapsoversikt over det aktuelle temaet er det gjort flere systematiske litteratursøk, i ulike databaser. Benyttede databaser: Oria, Pubmed, Pubpsych, Academic Search Premier, Google Scholar, SveMed+, Cochrane, Sage Premier, Idunn og Norart, i tillegg til direkte søk i nettsidene til ulike faglige tidsskrift. Det ble søkt med søkeord på norsk, og for å sikre kvalitet og et bredere søk, ble det også søkt med engelske oversettelser av søkeordene. Til hjelp med oversettelser ble MeSH og Ordnett benyttet. På grunn av massive treff på de aktuelle søkeordene, og for å sikre relevans til denne studiens tema, ble flere av søkeordene søkt sammen, med AND eller + mellom søkeordene. Alle søkeordene ble søkt i flere ulike kombinasjoner. For eksempel ”ungdom AND psykiatri”, ”helsefagarbeid AND kunnskap AND anerkjennelse”, ”miljøterapi AND sykepleie AND ungdom”.

Søk etter tidligere forskning relevant for denne studien viste nesten ingen funn om miljøterapeuters kunnskap eller erfaringer om hjelpebehovet de mener de unge trenger. Det kan se ut som sykepleiere, vernepleiere og barnevernspedagoger som jobber som miljøterapeuter innen barn- og ungdomspsykiatrien er en glemte gruppe. Eller er ikke deres kunnskap ønsket? Er den ikke god nok? Søk etter tidligere forskning i denne studien førte til mengder med forskning på miljøterapeuter, om vernepleiere, sykepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger med flere. På både ulike skandinaviske språk og engelsk, men har ikke det ønskede fokuset. De tar heller for seg ivaretagelse av miljøterapeuter og betydningen av det, om relasjonsarbeid, om opplevelse av å jobbe med utfordrende ungdom, jobb på barnevernsinstitusjoner, om miljøterapi og mye mer. Altså lite eller tilnærmet ingenting hvor deres kunnskap om hva de har tilegnet seg om barn og unges psykiske helse er, hva de tenker disse sårbare unge kan være i behov av.

De mest aktuelle søkeordene var: miljøterapeuter, miljøterapi, psykiatrisk sykepleie, ungdom, psykisk helse, psykososialt arbeid, emosjonelt arbeid, helsearbeider, psykiatri, organisatorisk, rammer, fleksibilitet, kunnskap, kompetanse og annerkjennelse

### **1.3 Bakgrunn for valg av tema**

I forbindelse med den avsluttende oppgaven jeg og en medstudent skrev under en tidligere videreutdanning, var det en uttalelse fra en miljøterapeut i ungdomspsykiatrien som traff meg og som jeg synes bør få mer fokus:

*”Jeg kommer på jobb og merker at det skjer mye i avdelingen. Det fordeles arbeidsoppgaver, og jeg får medisinsansvar i tillegg til å følge opp en pasient med anoreksiproblematikk. Formiddagen går i ett, det er måltider, oppfølgingstid og medisiner som skal deles ut i en generelt urolig avdeling. Under måltidene med min pasient er det beinhard jobbing uten at jeg får pasienten til å spise maten. Etter måltidene har pasienten det vanskelig, men er stille. Jeg forsøker få i gang en samtale, h\*n forsøker forklare litt om hvordan h\*n har det. Plutselig går overfallsalarmen i avdelingen og jeg må løpe. Jeg sier beklager, og informerer i farta om at jeg kommer tilbake så fort jeg har mulighet. På skjermingsrommet trenger en kollega bistand. Pasienten der utagerer mot personalet. Det tar litt tid og jeg kjenner på en skuffelse ovenfor pasienten jeg så vidt hadde startet en samtale med. Etter en stund får jeg anledning til å gå inn til pasienten min igjen, h\*n sitter i sengen og gråter. Jeg spør om jeg kan sette meg på sengekanten, noe h\*n bekrefter forsiktig. Jeg legger armen på skulderen og spør om h\*n vil prate med meg. Det tar lang tid, men h\*n svarer: «alt er bare kaos», «jeg orker ikke*

*mer», «jeg er så sliten». Jeg spør om vi skal gå en tur ut, men kommer raskt på at avdelingen ikke er bemannet nok til at jeg kan gå fra. H\*n svarer kanskje senere. En kollega banker på, de trenger meg. Igjen må jeg forlate pasienten. Jeg må være behjelpelig med en annen pasient som utfordrer og yter motstand. Det tar tjue minutter, og under denne utageringen blir jeg klore opp på underarmen. Jeg henter en jakke for å skjule kloremerkene på underarmen overfor de andre pasientene. Jeg kjenner at jeg egentlig hadde trengt fem minutter, prate med noen kollegaer, men tenker samtidig konstant på pasienten min som sitter alene på rommet og har det vanskelig. Jeg ser på klokka at det straks er tid for nytt måltid, jeg må få snakket med pasienten min før måltidet. Dagen går i ett kjø, uten at jeg får tid til pasienten min slik jeg tenker er nyttig. Jeg ser det er mer h\*n vil fortelle og det gjør vondt å ikke ha tid til gåturen jeg av erfaring vet at h\*n ville ha pratet. Vi spiller litt kort etter måltidet, men jeg merker at pasienten er resignert, vil ikke prate lenger. Kanskje har h\*n gitt opp? Redd for å bli avbrutt igjen? Eller ser h\*n at jeg er sliten og ikke orker ta imot mer? Skulle ønske foreldrene kunne vært her, eller vi vært hjemme hos dem. Jeg håper kveldsvakta går roligere for seg, og at noen da har tid til en gåtur med pasienten” (Lyche & Stevenson, 2021).*

Min profesjonelle interesse har i lang tid vært barn og unges psykiske helse. Da jeg fikk jobb innen psykisk helsevern hadde jeg store forventninger til arbeidsplassen og til min egen praksis. Å arbeide i psykiatrien betyr at man må forholde seg til mennesker med alvorlige utfordringer, mye frustrasjon, utfordrende atferd, vold og trusler. Man må følge gjeldende lover, nasjonale standarder, arbeidsplassens prosedyrer og jobbeskrivelsen i kontrakten man signerer før oppstart. Som helsepersonell er man forpliktet til å holde seg oppdatert, og selvsagt følge de direktiver som kommer fra regjeringen. I tiden jeg arbeidet i ungdomspsykiatrien erfarte jeg kollegaer som felte tårer etter tøffe arbeidsdager, at vanskelige episoder på jobb tok opp deres og mine tanker, også etter arbeidsdagens slutt. Følelser av skyld og usikkerhet om prioriteringene man gjorde var riktige. En følelse av å komme til kort i møte med pasientenes behov. Disse erfaringene gjorde meg nysgjerrig på hva dette egentlig handler om. Hva andre miljøterapeuter tenker om hva slags hjelp ungdom med psykiske utfordringer trenger? Hvordan de opplever egen rolle og eget arbeid i forhold til det de ser som ungdommens behov? Hvordan er det for dem å jobbe under deres organisatoriske rammer? Hva gjør dette arbeidet med menneskene bak profesjonene? Får de gitt ungdommene den hjelpen de selv mener de trenger? Handler tårene om de mange skjebnene de møter? At de ikke kan stå inne for arbeidet de utfører? Føler de at deres kompetanse og praksis blir anerkjent? Blir de lyttet til?

Med de nasjonale standardiseringene for behandling i psykiatrien, helsepersonell som skal utføre miljøterapeutisk arbeid og min egen erfaring beskrevet fra ungdomspsykiatrien vil det være av interesse å se på hva miljøterapeuter tenker om det som faktisk gjøres i den konteksten. Fokus på hva miljøterapeuters kunnskap, erfaring og tanker om egen praksisutførelse og kompetanse i forhold til standarder for behandling og tverrfaglig profesjon, noe som har hatt lite fokus. Med denne studien er det et ønske å løfte miljøterapeuters stemme, og kanskje kan det være av betydning for fremtidens behandling?

Frustrasjon og utfordringer beskrevet over medvirket til ønsket om psykososial tilnærming i studien for denne masteroppgaven, men også i forhold til møte med ungdom og deres pårørende. Frustrasjon over følelsen av å ikke bli lyttet til, av å ikke få slippe ordentlig til dukket hyppig opp under utfordringer på jobb i ungdomspsykiatrien. I blant gjorde det emosjonelle arbeidet meg sårbar å kunne da tvile over egen kompetanse. Bli oppgitt over opplevelsen om at ”treårige” ikke hadde det som skulle til for å kunne mene noe om viktige beslutninger i behandlingen, uansett mengde erfaring eller videreutdanning.

Parallelt med arbeidet med denne studien skiftet jeg jobb. Fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste, men fremdeles innen psykisk helse for barn og unge. Plutselig befant jeg meg på en arbeidsplass hvor jeg selvstendig står for behandlingen av de unge og deres pårørende. Tverrfaglig team med drøftingsmuligheter å lene seg på, en stilling hvor vi ”treårige” med vår praksiserfaring og videreutdanninger er av betydning, hvor det er våre erfaringer, tanker og meninger som sammen med pasientene blir styrende. Etter å intervjuet deltakerne, som hver dag står i det jeg tidligere stod i, fikk jeg en tankevekker. Jeg forstod at frustrasjon jeg tidligere hadde kjent på, tvilen på egen kompetanse, kunne handle om noe større. Kan miljøterapeuter i ungdomspsykiatriske døgnposter være en glemte gruppe, stemmer som ikke blir hørt og kunnskap som ikke er kjent?

#### **1.4 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål**

Psykiske helseutfordringer blant barn og unge er rapportert som den største utfordringen innen folkehelse og forebyggende arbeid i norske kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Til tross for at utfordringer rundt mangelfull psykisk helsetjeneste til barn og unge har vært på agendaen i mange år, både i det faglige og politiske miljøet, kritiseres det av FNs barnekomité. De etterlyser bedre utvikling av tjenestene og mener at det må nytenking til av myndighetene (Barneombudet, 2020, s. 4). Ut ifra samme rapport kan synes som at til tross for oppfordring om nytenkningen, er igjen de mange miljøterapeuter som jobber nærmest barn og unge i psykiatrien, utelatt.

Med den kunnskapen har denne oppgaven, et ønske om å fokusere på ungdom med psykiske utfordringer gjennom miljøterapeutene som jobber for og med dem i psykiatriske sykehusavdelinger. Med en psykososial tilnærming, fokusere på deres tanker og erfaringer, hvordan de ser på innlagte ungdommers psykiske helse. Miljøterapeuters tanker om hva slags hjelp disse sårbare unge er i behov av, i relasjon til deres profesjonelle rolle, deres kunnskap og kompetanse, samt hvordan de opplever eget arbeid i relasjon til de organisatoriske rammene på deres arbeidsplass. Hvilke behov ser de, hvordan stiller deres kunnskap seg opp mot ungdommens hjelpebehov og arbeidsoppgaver, hvilke utfordringer møter de?

Problemstilling:

- Hvordan opplever miljøterapeuter at deres kunnskap og kompetanse brukes i behandlingen av ungdom inneliggende i psykiatriske døgnposter?

Forskningsspørsmål:

- Hvordan oppfatter miljøterapeuter at arbeidsplassens rammer og nasjonale standarder påvirker behandlingen av ungdommen og det miljøterapeutiske arbeidet?
- Hvordan tilrettelegges det for at miljøterapeuter kan bruke sin kompetanse for å ivareta brukermedvirkning – at ungdommenes stemme blir hørt?
- I hvilken grad er arbeidet tverrfaglig og helhetlig?
- Hvordan ivaretas miljøterapeutene slik at deres kompetanse blir brukt til å kunne gi god og relevant hjelp?

## 2.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapitlet vil presentere teoretiske perspektiver og innfallsvinkler som både rammer inn og avgrenser denne oppgaven. I tillegg kan det øke forståelsen for min bakgrunn med teoretisk grunnlag og det ungdomspsykiatriske feltet og arbeidet, det jeg har med meg inn i arbeidet med denne studien. Jeg ønsker ikke at det skal være noe tvil om at jeg har påvirket denne studien. Det jeg mener er viktigst er *hvordan* jeg har påvirket den, noe som diskuteres videre i kapittel 3.8, refleksjon over egen rolle som forsker.

I mine profesjonelle møter med mennesker ønsker jeg å ha en psykososial tilnærming, og det er derfor naturlig for meg at også denne oppgaven har en psykososial tilnærming. Den er skrevet med et syn på mennesker som komplekse, hvor mennesker blir sett på som unike med sine erfaringer og historier. Hvor individer påvirker og blir påvirket av ulike elementer rundt dem, hvor de er en del av noe større.

Psykososiale studier, som ser hvordan subjektiv erfaring veves inn i det sosiale livet, vekker i økende grad internasjonal interesse (APS, 2021). Teoretisk og empirisk forskning innen psykososiale studier omfatter et bredt spekter av emner som subjektivitet, personvern, psykisk helse, velvære, politikk, kultur, sosialt arbeid, helsearbeid, utdanning, etnisitet, samfunn, miljø med mer. Videre kan ikke psykososiale utfordringer og subjektive erfaringer alene hentes ut fra sosiale, kulturelle og historiske kontekster. De kan heller ikke kun reduseres til samfunnet, da flere elementer henger sammen, og psykososiale studier er tydelig preget av det transdisiplinære så vel som det tverrfaglige (APS, 2021).

Vi mennesker både påvirker og påvirkes av fysiske, psykiske og sosiale elementer. Vi er et resultat av samspill mellom ytre og indre faktorer, både tidligere erfaringer, opplevelser, arv og miljø innvirker og setter spor i oss (Skærbæk & Nissen, 2014). Vi er i kontinuerlig endring og det ble derfor viktig at oppgaven ble skrevet med en tverrfaglig forståelse. At den henter teori fra ulike perspektiver fra et bredt felt, noe som også betyr at studiet kan generaliseres og knyttes til flere ulike fagområder og profesjoner. Den psykososiale tilnærmingen i studien ser på menneskelige utfordringer som mangetydige og komplekse, at menneskers erfaringer kan forstås på flere måter (Skærbæk and Nissen, 2014). Det har derfor vært viktig at denne oppgaven har en psykososial tilnærming når det settes lys på miljøterapeutenes stemme, deres egne meninger, tanker og følelser i forbindelse med arbeidet de utfører med ungdom. Studien vektlegger miljøterapeutenes egne historier og har med det en psykososial tilnærming

Deltakerne i denne studien blir intervjuet med oppmerksomheten rettet mot forhold som følelser og tanker rundt erfaringene sine, og hvilke konsekvenser de opplever. Det har



videre blitt forsøkt å forstå miljøterapeutene i lys av de menneskene de er, med viten om at fagpersonene er en del av dem, og at man utvikles ved kunnskap opplevelser og erfaringer. Det har vært et mål å forstå deltakerne som hele mennesker med respekt for deres opplevelse og deres historier i den konteksten de befinner seg i. At kunnskap er mer enn bare teori, at det kan vises i ulike sammenhenger, strukturer, og kan være berørt av makt og avmakt, være del av et hierarki. At den søken, analyseringen og utforskningen som gjøres i denne studien, etter å forstå miljøterapeuters arbeidshverdag og deres syn på sårbare ungdommers behandling, kan være anvendelse av psykososial handlingskompetanse (Skærbæk & Nissen, 2014). Det anses som relevant og nødvendig å ha en psykososial tilnærming for å forstå mennesker, og da denne studien handler om møter mellom mennesker, bør forståelse søkes på flere plan. For å ha en psykososial tilnærming må vi være åpne, undrende og ikke-vitende, men innsikt om egen forforståelse må selvsagt være med (Skærbæk & Nissen, 2014).

## **2.1 Psykososialt arbeid**

Som beskrevet over er denne oppgaven skrevet med en psykososial tilnærming, og oppgaven er skrevet under et studie i psykososialt arbeid. I tillegg er det min erfaring at det i psykiatrien ligger et ønske om at ansatte skal ha en psykososial tilnærming, at mye av det miljøterapeutiske arbeidet handler om psykososialt arbeid.

Akkurat som i miljøterapi rommer også psykososialt arbeid begreper som mestring, læring og endring. Det sammensatte ordet ”psykososialt” innebærer at sosialt liv og indre psykologisk liv henger sammen (Svalastog et al., 2019, s.18). Psykososialt arbeid handler om helse, om å jobbe sammen for å legge til rette for endringer for å bedre helsen. Det handler om å se mennesker i sammenheng med samfunnet man lever i og omvendt. Om hvordan vi kan forstå betydningen av sosiale og kulturelle forbindelser for den enkelte, og hvordan disse relasjonene forstås og påvirkes blant fagpersoner og deres helhetlige arbeid for å fremme god helse (Svalastog et al., 2019).

Mangfold og kompleksitet er to nøkkelord når man skal beskrive mennesker. Vi har alle ulike liv med ulike erfaringer som har formet oss, og miljøet vi lever i fortsetter å påvirke hvem vi er og hvordan vi blir forstått. Derfor er det vesentlig i psykososialt arbeid at man ser det sosiale og det psykologiske i sammenheng med menneskers utfordringer. At mennesker med uhelse blir sett på som mer enn deres diagnose, at deres egne fortellinger, egen forståelse, det kulturelle og det sosiale vektlegges innen psykososialt arbeid (Skærbæk & Nissen, 2014).

Faget psykososialt arbeid bygger på både samfunnsfaglige, kulturanalytiske, medisinske og helsefaglige studier og er både flerfaglig og tverrprofesjonell, akkurat slik det

etterspørres i dagens komplekse helseutfordringer. Psykososialt arbeid kan forstås som kritiske perspektiver på etablerte disipliner og med det betegnes som en transdisiplin (Svalastog et al., 2019, s. 18, 25). Etableringen av studier i psykososialt arbeid kommer nettopp fra disse komplekse helseutfordringene som både tilskrives og kommer av problemer knyttet til samspillet mellom samfunnet og individet. De psykososiale studiene tilbys ved en rekke universitet og høyskoler, og studiene knyttes også til bestemte aldersgrupper og fenomener, som for eksempel barn og vold (Svalastog et al., 2019, s. 18).

Som forklart i innledning har min profesjonelle interesse lenge vært å jobbe med sårbare barn og unge og få hjelpe til med deres psykiske uhelse. Jeg har beskrevet mine erfaringer gjort underveis i barn- og ungdomspsykiatrien, om blant annet følelsen av å komme til kort, ikke få jobbet så helhetlig som man ønsker, noe som var bakgrunnen for dette studiet i psykososialt arbeid.

## **2.2 Barn og ungdom**

For å kunne jobbe psykososialt med sårbare og utsatte barn og unge bør man også ha en forståelse for barn og unge. Hva skiller dem fra voksne, hva er barn og unges muligheter og ikke minst rettigheter?

Barndomssosiologien sier at barn utforskes som selvstendige sosiale aktører. At barndommen er interessant gjennom ungdomsårene, og ikke bare som et stadium mens man venter på at de skal bli voksne i fremtiden. Også dikotomien om å være versus å bli, spiller en rolle i hvordan man ser på barne- og oppvekstforskning, og har innvirkning på hvordan barn formes (James & James, 2012). Selv om barn anses som kompetente aktører, er barn fortsatt barn, de er sårbare og trenger voksnes beskyttelse og støtte. Man bør være nysgjerrig på barns kompetanse og styrker, i tillegg til deres grenser og begrensninger i forhandlinger med voksne (Bolin & Sorbring, 2014).

Både foreldre, offentlige og private organisasjoner samt andre involverte, skal sikre beskyttelse av barn og gi omsorg slik at barn trives (Barnekonvensjon, 1989). Barneloven i Norge legger også vekt på at barnets beste skal være et grunnleggende prinsipp og at foreldre skal utøve sitt ansvar overfor barnet med barnets interesser og behov i fokus (Barneloven, 1981).

Barns rett til deltakelse har fått økende oppmerksomhet, både nasjonalt og internasjonalt. Barn blir sett på som aktører og deltakere med kompetanse til å bidra aktivt i utformingen av eget liv. Barneperspektivet handler om de unges syn, opplevelse og fortellinger som er deres virkelighet. Fagfolk må derfor møtes, og prøve å forstå de unge. For

å muliggjøre et slikt barneperspektiv er det vesentlig å forsøke å oppnå et symmetrisk forhold mellom de unge og de profesjonelle (Langballe et al., 2010). De unge må få snakke på et sted de føler er trygt og med noen de er trygge på, og for at de skal kunne få snakke fritt må de påvirkes eller utsettes for press. Dersom det er voksne som de unge ikke er trygge på, kan de ikke være i samme rom. Det er også en plikt å legge forholdene til rette for de unge og ta hensyn til deres situasjon slik at de føler seg respekterte og trygge. Med andre ord er det av betydning at personal som jobber med barn og unge har kompetanse på dette, og evne til å forstå at de ikke kan vurdere de unges beste før de har blitt hørt og fått snakket fritt (Forandringsfabrikken, 2021, s. 84).

Innen psykisk helsevern er barn og unge definert som brukere, og brukere har rett til medvirkning på både system- og individnivå. I kunnskapsplattformen i psykisk helsevern for ungdom er brukeropplevelser med, og brukernes erfaringer skal vektlegges. Det er en forutsetning i utredning og behandling av barn og unge, at de får samarbeide og delta i sitt eget behandlingsopplegg, at de inkluderes og får delta på egne premisser (Armata, 2017). Dette samsvarer med FNs Barnekonvensjon (1989, artikkel 12) som sier at barn skal gis mulighet til å bli hørt i saker som involverer barnet selv, og de skal få uttrykke egne meninger fritt.

For å få et innblikk i hvordan det er å være ung i Norge i dag, brukes ungdomsdataundersøkelsen Ungdata. Den dekker et bredt spekter av tematiske områder, og spørsmålene i Ungdata dekker hele barne- og ungdomslivet. Siden 2010 har over 665 000 ungdommer fra nesten alle norske kommuner deltatt i spørreundersøkelsen Ungdata. En av de nyere Ungdata rapporter viser at de fleste unge trives, har et godt familieliv, har det bra på skolen, har venner og trives. Selv om mange er fornøyde med eget liv og helse, er det også noen som opplever bekymringer i hverdagen. Ganske mange unge sier de tviler på at de vil leve et godt og lykkelig liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Til tross for at flesteparten av dagens barn og unge har god psykisk helse, er det urovekkende at det i økende grad rapporteres om psykiske lidelser, negativt stress, problemer med kroppsfølelse og ensomhetsfølelse. Over 60 prosent av Norges kommuner rapporterer at psykiske helseproblemer blant barn og unge er deres største utfordring i folkehelse- og forebyggende arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). De stadig økende psykiske helseproblemene for barn og unge er ikke bare et stort folkehelseproblem i Norge, men også et internasjonalt problem (Socialstyrlesen, 2017, Rosenberg, 2017, Folkhälsomyndigheten, 2021).

Psykiske lidelser utgjør over en fjerdedel av den totale sykdomsbyrden i aldersgruppen 10 til 14 år. Tallene øker til 30 prosent for aldersgruppen 15 til 19 år ifølge

Helse- og omsorgsdepartementet (2018), og i slutten av ungdomsårene er angstlidelser og depressive lidelser hovedårsaken til sykdomsbyrden. Videre er det 22 prosent av unge som oppsøker skolehelsetjenesten, oppgir psykisk helse som årsak. Trivsel, vennskap og familiesituasjoner er også vanlige årsaker til å ha vært i skolehelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet (2018) rapporterer også at ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status oftere oppgir at de henvender seg til skolehelsetjenesten på grunn av familieproblemer. Videre er det fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen i Norge som får behandling innen psykisk helsevern hvert år, og i aldersgruppen 0–13 år er flertallet av de som mottar behandling gutter. De siste fem årene har det vært en økning i andelen jenter i alderen 15–17 år som har fått en diagnose etter utredning i psykisk helsevern for barn og unge. Mesteparten av økningen er knyttet til depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. For gutter i samme aldersgruppe holder tallene seg mer stabile. Ettersom barn og unges psykiske helse hovedsakelig etableres i de første leveårene, er samspillet mellom barn og foreldre spesielt viktig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

## **2.3 Familie**

Samspillet mellom barn og foreldre er av betydning for barn og unges psykiske helse, så det er viktig å med familieperspektivet i alt arbeid med barn og unge (Grøholt et al., 2015). Å se på familieenheter som mål for eventuelle hjelpetiltak for ungdom med psykiske lidelser. Foreldrearbeid skal være prosessorientert, målrettet, lærerikt og tidsavgrenset. Videre bør det fokuseres på de situasjonene hvor samspillet i familien som er utfordrende (Grøholt et al., 2015). Foreldre er i all hovedsak de viktigste menneskene i barn og unges liv, og det er behov for mer kunnskap om psykisk helse blant barn, unge og deres familier. Nettopp fordi familien spiller en viktig rolle i utviklingen av barn og unge, øker også risikoen for psykiske problemer blant barn og unge dersom belastningene i familien er store og varer over tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Familien er den viktigste arenaen for å oppleve kjærlighet, trygghet og omsorg, men kan også være en arena for utrygghet og sårbarhet. Ifølge Folkehelseinstituttets beregninger har 410 000 barn, en eller to foreldre med psykiske lidelser og 90 000 barn har minst en forelder som misbruker alkohol. Disse barna har selv økt risiko for å utvikle psykiske lidelser. Barn og unge som utsettes for vold og overgrep kan få store fysiske og psykiske skader, som kan fortsette opp i voksen alder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Å støtte foreldre som trenger det, og forebygge vold og overgrep er en viktig del av folkehelsearbeidet. Utenfor familien er barnehager, skoler, fritidsarenaer og nærmiljøer de

viktigste helsefremmende arenaene for barn og unges psykiske helse. Men disse arenaene kan også være steder hvor barn og unge blir utsatt for mobbing, trakassering, ekskludering og rasisme. Barnehager og skoler har midler til å fremme god psykisk helse for barn og unge gjennom lovverk og kompetent personale. Hvordan barn og unge lever har betydning for deres psykiske helse og livskvalitet. Det er økende bevissthet rundt betydningen av fysisk aktivitet, mat og måltider, søvnvaner, røyking, rusmidler og alkohol for psykisk helse. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Også innen psykisk helsevern for barn og unge er familieperspektivet et viktig element, og i pakkeforløpene for psykiske lidelser for barn og unge er det beskrevet hvordan det skal jobbes for trygg behandlingssituasjon både den unge pasienten og deres foreldre. Familieperspektivet skal sikre at søsken, altså barn som pårørende, også blir ivaretatt. I det store og hele skal familiens rolle vektlegges for å hjelpe de unge pasientene til bedring (Helsedirektoratet, 2022).

## **2.4 Organisatoriske rammer**

Pakkeforløp nevnes stadig når det handler om psykisk helsevern, noe som gjør det naturlig med en liten forklaring av det. Pakkeforløp er en av flere rammeverk innen psykiatrien. Det jeg hadde med meg av forståelse rundt organisatoriske rammer inn i denne studien, handler nok mye om maktstrukturene jeg opplevde i de psykiatriske avdelingene jeg har jobbet i, men også om opplevelsen av en tydelig biomedisinsk tradisjon med stort fokus på diagnoser. Noe som for min del forsterket seg da det i Januar 2019 innførtes pakkeforløp i psykiatrien.

Pakkeforløp er den nasjonale standardiseringen hvor forløpene individuelt tilpasses, og alle pakkeforløp inneholder kontaktpunkter og oppfølging i kommunen (Helsedirektoratet, 2020). Før innføringen av pakkeforløpene viste daværende Statsminister Erna Solberg til Danmarks erfaringer med pakkeforløpene (Krekling, 2015). Noe av skepsisen til pakkeforløpet viser til dens basering på nyliberalistisk tenkning og New Public Management (Alfarnes, 2015). New Public Management (NPM) er en teori, en metode og prinsipper for hvordan styre og organisere offentlig virksomhet. NPM har et utgangspunkt fra nettverksteori og institusjonell organisasjonsteori, hvor det er blandinger av de ulike styringsformene og både hierarki og markedsmekanismer er involvert (Bukve & Kvåle, 2014, s. 21). NPM har en tanke om at offentlig virksomhet er så kompleks, at de som styrer ikke kan ha full kontroll men må stole på samhandling og styring i nettverk. NPM skulle øke produktiviteten og bote på den tidligere tillitsmodellen hvor politikerne tillot velferdsprofesjonene mer selvstendig skjønnsbruk (Bukve & Kvåle, 2014, s. 21).

Bakgrunnen for markedsmodellen, hentet fra NPM, var altså et ønske om å bedre kvaliteten på offentlige tjenester, minske utgiftene og øke effektiviteten. Etter idè fra privat næringsliv ble belønningssystemer innført for å nå målene, men fokuset da var ikke på arbeidsprosessen, men på økonomiske resultat (Stamsø, 2017, s. 67, 75). Psykisk helsehjelp skal produseres og helst gå i overskudd. Økte krav til effektivisering, økonomisk terminologi anvendes innen psykisk helse, og nasjonale retningslinjer og prosedyrer implementeres i behandlingen og det kliniske arbeidet (Karlsson, 2015). Det skal utredes raskt, diagnostiseres og foreskrive behandling, et kunnskapssyn som undergraver betydningen av tid, møtet mellom mennesker og det relasjonelle. Økonomisering av behandlingen hvor det sentrale er på kvantitet, antall konsultasjoner, i stedet for kvaliteten i møtene. Noe som går mot det avgjørende for et godt samarbeid, nemlig tid, tillitt og relasjonsbygging (Karlsson, 2015).

Pakkeforløpenes bakgrunnen var ønske om mindre variasjon i ventetid, utredning og behandling i psykisk helsevern, i tillegg til å bedre samhandlingen mellom aktørene. De fem målene med pakkeforløpene innen psykisk helsevern er basert på noe som jeg selv opplever som både relevant og viktig, nemlig økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, unngå unødig ventetid, likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor, bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner (Helsedirektoratet, 2018, s. 3).

## **2.5 Salutogenese , patogenese og transdisiplin**

Egen opplevelse fra mitt arbeid i psykiatriske sykehusavdelinger, er at det fokuseres endel på diagnoser, noe som kanskje ble forsterket etter innføringen av pakkeforløpene. Dette diagnosefokuset kan forstås som at handler om et patogent perspektiv. Fokus på utfordringer og identifisering av problemer er det som beskriver det patogene perspektiv (Dahl, 2014). Sykehus og helsevesenet generelt, har en biomedisinsk tradisjon med naturvitenskap og en historie med patogent perspektiv, og er det dominerende perspektivet innenfor de fleste sykehus (Dahl, 2014). Et patogent perspektiv ser på sykdommer som en naturlig prosess i den biologiske kroppen, som også gjør diagnoser med tilhørende behandling naturlig. Patogenese fokuserer på det dysfunksjonelle, det syke og på mekanismer i kroppen som utløser patologiske prosesser som kan diagnostiseres (Dahl, 2014).

Det motsatte av patogenese er salutogenese, som handler om å gjøre livet meningsfullt, hva folks ressurser er, økt mestring og å fremme god helse (Dahl, 2014, s. 115). Å ha en salutogen tilnærming kan bidra til å identifisere flere ressurser innad i individet, styrke individene til å håndtere hverdagen, som igjen kan føre til økt mestring (Walseth &

Malterud, 2004, s. 65). Salutogenese er en tilnærming som brukes i psykososialt arbeid og fokuserer på det som fremmer helse og ikke bare diagnosene, men å identifisere ressurser og å styrke mennesker (Dahl, 2014). Å ha et helhetlig syn på mennesker, med fokus på folks historie, deres erfaringer og ressurser er sentralt i psykososialt arbeid, hvor man forstår mennesker påvirket av psykologi og biologi samt de sosiale forholdene man lever i / konteksten til miljøet de lever i (Svalastog et al., 2019, Antonovsky, 1987).

Noe av kritikken mot de mer helhetlige og sosiale perspektivene handler om manglende fokus på smerten og sorgen mange har med sin sykdom og i møte med medisinske og fysiske utfordringer (Grue, 2004, s. 123-127). En transdisiplinær tilnærming ønsker å ta vare på kompleksiteten, ikke møte mennesker med forståelse for sykdommen, men møte de med nysgjerrighet utover presenterte beskrivelser, og se etter sammenhenger (Hertz, 2010). Transdisiplin er et fagfelt som på en ny måte knytter sammen teorier og arbeidsmetoder som ikke antas å være eller bør utvikle seg til faste disipliner (Skærbæk & Nissen, 2014). Vårt ønske om perfektjon samtidig med vår usikkerhet om hvordan, kan føre til mange bekymringer. Det er ved å møte disse bekymringene med alvor, men også optimisme, at de uante mulighetene oppstår, og som gjør mennesker i stand til å delta i sine egne utviklingsprosesser (Hertz, 2010). Tverrfaglig tradisjon mener at sannhetene er kulturelt skapte og legger vekt på mønstre, og også det som avviker fra mønsteret. Dette er fordi møtet mellom hva som passer eller ikke passer, er der det uventede dukker opp og kan vise rom for utvikling (Hertz, 2010).

Denne transdisiplinære forståelsen er slik jeg tolker mye av det psykososiale arbeidet. Å se menneskene bak diagnosen, se på helheten og se etter sammenhenger. Miljøterapeuter i psykiatrien har gjerne ulike grunnutdanninger, de fleste jeg kjenner til, er enten vernepleiere, sykepleiere eller barnevernspedagoger både med og uten videreutdanninger. En tverrfaglig gruppe som sammen sitter på mye kunnskap, og mange ulike erfaringer med det til felles at de skal jobbe miljøterapeutisk.

## **2.6 Miljøterapi**

Deltakerne i denne studien omtales i sin jobbhverdag som miljøterapeuter selv om de har ulike grunnutdanninger, og de er alle ansatt for å praktisere miljøterapi.

Teori og praksis om miljøterapi går langt tilbake i tid og har røtter fra forskjellige praksiser og fag, men kanskje mest fra psykisk helsevern. To østerrikske klinikere, Bruno Bettelheim og Emmy Sylvester var de første til å bruke begrepet miljøterapi, og gav i 1948 ut artikkelen *A Therapeutic Milieu* (Ellingsen, 2020, s. 17). Et annet sentralt navn er Maxwell Jones, en

skotsk sosialpsykiater som arbeidet med terapeutiske samfunn. Han mente at psykiske utfordringer handlet om samspillproblemer og at gruppen i miljøet skulle være førende i terapien. Personal og pasient skulle samarbeide om felles mål, og miljøet skulle være demokratisk (Karlsson, 1997). Det terapeutiske samfunn var en reaksjon på den hierarkiske organisasjonen innen psykiatrien, og bygget i stor grad på en sosialpsykiatrisk tanke. Det skulle jobbes for mer kommunikasjon, mer ansvar for alle, mer aktivitet og mer kontakt med det øvrige samfunnet. En humanisering av de psykiatriske miljøene på sykehus (Brudal, 1989).

Innen psykisk helsevern var den naturvitenskapelige forståelsen idealet, og man forsøkte å finne biologiske forklaringer og behandlinger på psykiske tilstander. Samtidig med den medisinske forskningen på slutten av 1800-tallet, fortsatte en psykodynamisk utvikling av ulik terapi og behandling, i tillegg til utviklingspsykologien og deretter atferdsteorien (Ellingsen, 2020, s. 19). Ekteparet John og Elaina Cumming representerte et faglig skifte, med Johns bakgrunn fra psykiatri og Elainas bakgrunn fra sosialbiologi, noe som passet godt med mer helhetlig fokus og mer sammensatt forståelse på psykiske tilstander. Ekteparet gjennomførte i 1951-1952 et sosialmedisinsk psykoedukativt eksperiment, hvor de ville bedre befolkningens kunnskap om psykisk uhelse, og med en psykodynamisk tilnærming ønsket de å utvikle en teori bygget på både psykologi og sosiologi, hvor de mente at psykiske tilstander best burde løses i nærmiljøet (Ellingsen, 2020, s. 20). Med utgangspunkt i ekteparet Cummings definisjon på miljøterapi, ble denne definisjonen på miljøterapi formulert: ”En systematisk og gjennomtenkt tilretteleggelse av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske sider i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med dette er å fremme mulighetene til læring, mestring og personlig ansvar” (Larsen & Selnes (1975), sitert av Larsen, 2022, s. 16).

Omtrent på samme tid, altså på 50-tallet, var det en utvikling av miljøterapeutisk tilnærming i Norge, først innen barn- og ungdomspsykiatrien og deretter innen voksenpsykiatrien. Denne utviklingen var under innflytelse av den amerikanske psykiateren John G. Gunderson som presenterte fem miljøterapeutiske variabler (Ellingsen, 2020, s. 23). Deltakerne i denne studien forteller at de, ved de tre ulike sykehusene de jobber, har blitt introdusert for nettopp Gundersons miljøterapeutiske prosesser. Den første prosessen eller variabelen er *Beskyttelse* som tar for seg grunnleggende behov som at pasienten skal få mat, klær, stell og så videre i tillegg til trygge omgivelser og skjerming. *Støtte* ønsker å bedre selvfølelsen til pasienten ved å være tilgjengelig for dem, gi råd, veiledning og sørge for sikkerhet rundt dem. Den tredje variabelen *Struktur* skal gi forutsigbarhet, ved for eksempel å



lage dagsplaner, hjelpe pasientene til å klare å stå i utfordrende følelser som kom i deres sosiale liv. *Engasjement* skal bryte uheldige mønstre, skal involvere pasientene i miljøet ved felleskap og aktiviteter, både i avdelingen og ute i samfunnet. Pasientene skal føle seg respekterte og kompetente. Den siste variabelen er *Gyldiggjøring*, bekrefte pasientene som selvstendige individ. Pasientenes symptomer skal ikke tolkes som syklige, men sees på som meningsfylte. I tillegg til de fem variablene ligger relasjonsarbeid som en overordnet og betydelig faktor (Gunderson, 1978).

Det kan virke overflødig å nevne betydningen av relasjonsarbeid når man tenker på arbeid innenfor psykiatrien generelt eller arbeid med sårbare barn og unge, dessverre er mine erfaringer at det ikke er en selvfølge. Min erfaring er at det er behov for mer kunnskap om relasjonsarbeid og det med å knytte relasjoner til sårbare mennesker. Det er ved flere tilfeller erfart at både kollegaer, miljøterapeuter i psykiatrien, men også miljøterapeuter som jobber i institusjoner, har uttalt at de bevisst holder avstand til menneskene de jobber med for å unngå å knytte relasjoner. Begrunnelsen er ofte at de sårbare menneskene har mange relasjonsbrudd bak seg og at disse miljøterapeutene ikke ønsker at de skal være nok en person som bryter relasjonen til de sårbare. Dette samsvarer med rapporter fra Sintef om ungdom på barnevernsinstitusjoner hvor det beskrives hvordan et stadig større fokus på behandling og behandlingsmetoder går utover relasjonsarbeidet, brukermedvirkningen og omsorgen til de unge (Sanner, 2021, s. 114).

Gode relasjoner er av betydning i en riktig og sunn utvikling for barn og unge. Ikke bare innholdet i relasjonene, men også den strukturelle siden, som familiestrukturen, klassen på skolen og institusjoners miljøterapeutiske struktur (Larsen, 2022, s. 20). Kontakten mellom hjelper og mottaker kan være avgjørende, og det må brukes tid på å få mottakere til å føle seg trygge på hjelperen. Mellommenneskelig varme, oppriktig interesse og empati styrker relasjonen og gjør det mulig å tørre fortelle og dele sine tanker (Kristoffersen, 2019, s. 154-155). En god relasjon til hjelperne er også en forutsetning for at barn og unge skal tørre åpne seg og fortelle om det som er vanskelig. De trenger forutsigbarhet, å bli hørt, føle at de blir tatt på alvor og de ønsker at både omgivelsene og hjelperen er mer uformelle (Barneombudet, 2020, s. 11, 32, 54).

Miljøterapi og andre utviklingsfremmende prosesser kan ha flere ulemper og en av ulempene ved miljøterapi, kan være at pasientens eget initiativ undertrykkes. Inne i en sykehus avdeling kan pasienter som er fratatt ansvar, oppleve at personalet mangler tillit til deres kompetanse. En stram ytre struktur kan dekke over pasientens faktiske funksjonsnivå, og hindre personalet i å jobbe med de mønstrene pasienten virkelig trenger hjelp til.

Pasientens sårbarhet i en miljøterapeutisk tilnærming kan føre til at pasienten føler seg invadert, blir passiv, institusjonalisert og lært hjelpeløs. På denne måten vil omgivelsene kunne bidra til nye symptomer i stedet for å støtte pasientens bedring (Dam, 2003).

For at miljøterapeutiske prosesser skal kunne lykkes i psykiatriske avdelinger er det flere faktorer av betydning. Blant annet organisering og ledelse av miljøterapien, hvor de miljøterapeutiske oppgavene er avdelingens hovedfunksjon. Videre en målsetning, struktur, prosedyrer og metoder for å sikre kvalitet og effektivitet. At aktørene er ansatt for deres kunnskap, kompetanse og erfaringer sett i forhold til pasientenes ulike psykiatriske lidelser, noe som fordrer ulik kompetanse hos personalet (Dam, 2003, s. 55-56). I praksis kan det dessverre oppleves som at personalet får tildelt så mange oppgaver at det heller blir lite tid igjen til å faktisk kunne jobbe med relasjonsbygging og målrettet miljøterapi. Sett i forhold til Gundersons terapeutiske prosesser, som også er rådende på deltakernes arbeidsplass, så finnes det utfordringer til miljøterapien for personalet i lukkede avdelinger. Gunderson spør om det er realistisk at en miljøterapeut skal mestre alle psykiske lidelser og de ulike prosessene like godt? Hvis ikke bør primærkontakten skiftes til en som behersker den aktuelle pasientens utfordringer, men da kan det igjen utfordre teamarbeidet. Det vil være vanskelig å kunne dekke alle de ulike prosessene til de ulike lidelsene i en avdeling, noe som kan føre til en svakere struktur som er terapeutisk god for noen, men som kan være hemmende for andre (Dam, 2003, s. 57).

Her ønsker jeg å sammenligne miljøterapi med psykososialt arbeid. Det å se hele mennesket og ulike sammenhenger. Å se menneskene bak diagnosen. Som beskrevet over er det jo det man vil i miljøterapi, jobbe sammen med pasientene, bygge relasjoner og tillitt, bruke miljøet rundt. Allikevel erfares det i psykiatrien at de som er trygge på spesifikke diagnoser, jobber med pasienter med akkurat de diagnosene. Andre som føler seg kompetente og trygge på andre diagnoser trekker seg mot og jobber med dem. Her er mine erfaringer at det å se bak diagnosen kan bli tilsidesatt eller glemt, at enkelte for eksempel søker seg mot en "rolig" pasient med depresjon heller enn en utagerende psykotisk pasient, selv om de begge kanskje bare gir uttrykk for å være redde og trenger å bli møtt som det mennesket de er. Da kan man kanskje spørre seg om personalet som ansettes har den riktige kompetansen for jobben som forventes utføres? Her er min erfaring fra flere psykiatriske avdelinger at man blir ansatt for å jobbe miljøterapeutisk, men ingen har spurt meg om jeg vet hva miljøterapi faktisk er, eller hva min kompetanse på det er. Miljøterapi har heller ikke vært løftet i avdelingene, hverken som internundervisning eller i form av kurs eller lignende.

## 2.7 Kunnskap, kompetanse

Problemstillingen i studien setter fokus på hvordan miljøterapeuters kunnskap og kompetanse brukes, og begrepene kunnskap og kompetanse vil her gjøres rede for.

Kunnskap handler om læring, at vi stadig er i endring og under utvikling, at vi har alle ulike erfaringer, verdier og kunnskap. Når det kommer til kunnskap innen profesjonsutdanninger, pekes det på tre ulike sentrale kunnskapsformer. Den teoretiske og vitenskapelige kunnskapen som gir grunnlag for å kunne forstå relevante fenomener, og som vekker den kritiske tenkningen. Noe som er essensielt for den profesjonelle praksisen. Den andre kunnskapsformen er utøvelsen av ferdigheter som praktiske evner og praktisk dyktighet, mens den tredje betegnes som *praktisk-moralsk handlingsklokskap*. Den handler om utviklingen av god dømmekraft, etiske refleksjoner og gode situasjonsspesifikke handlinger. Videre er det av betydning med et samspill av disse tre kunnskapsformene hvor både vitenskapelig kunnskap og innlærte ferdigheter ligger til grunn for vurderinger og praksisutførelse (Kristoffersen, 2019, s. 115-116).

Innen litteratur opp mot profesjonskunnskap betegnes kunnskapsformen som *praktisk-moralsk handlingsklokskap*, og beskrives som gjenoppdagelse, fornying og nytolkning. Dette blir knyttet opp mot helse- og velferdsyrkenes utvikling av profesjonell kompetanse, og

”kan forstås som et motsvar til en stadig økende instrumentell tenkning relatert til profesjonell utdanning på bekostning av en mer reflekterende og kritisk tilnærming til problemstillinger i yrkesfeltet” (Hovednak, 2016, referert i Kristoffersen, 2019, s. 116).

Filosofen Daniel Schön sitt arbeid rundt begrepene *refleksjon, intuisjon og faglig skjønn* er også viktig for bakgrunnen rundt profesjonskunnskapens diskusjoner. Han beskriver hvordan praktisk kunnskap utvikles ved refleksjon over praksisen, at det er en sammenheng mellom teoretisk kunnskap og den praktisk og etiske kompetansen utføringen av yrket krever. Schön hevder profesjonsutøvere kan mer enn de uttrykker, at de har en slags kunnskap som ligger i selve *utførelsen* (Kristoffersen, 2019, s. 117-118).

1. Knowing-in-action – kunnskap som ligger implisitt i handlinger
2. Reflection-in-action – å ta et skritt tilbake og reflektere over handlingsalternativer i den konkrete situasjonen
3. Reflection-on-reflection-in-action – å være ute av situasjonen og i ettertid reflektere over refleksjoner en hadde mens en var i situasjonen. (Kristoffersen, 2019, s. 117)

I tillegg til de tre likeverdige kunnskapsformene innen omsorgsfag, teoretisk, praktisk og erfaringsbasert kunnskap, er det de senere år vært mer fokus på det som kalles taus kunnskap (Karlsson & Borg, 2021). Kunnskap og evnen til å ta beslutninger utvikles gjennom erfaring og vil etter hvert bli mer automatisert. Praksisen som benyttes underveis og som kan være vanskelig å beskrive blir kalt taus kunnskap. Den handler om det som skjer i møtet mellom mennesker og kultur, gjennom handling. Kunnskap vi ikke setter ord på, men som vi har med oss hver dag og er i stadig utvikling. I skjæringspunktet mellom den kunnskapen profesjonsutøveren allerede besitter og ny kunnskap man får underveis, ligger *faglig skjønn*, men med en forutsetning om evne til refleksjon (Kristoffersen, 2019, s. 119-120). Kunnskap har altså ulike former, og når det kommer til evnen til å utføre de ulike kunnskapsformene snakker vi om begrepet kompetanse (Kristoffersen, 2019, s. 121),

”å tilegne seg og anvende kunnskaper og ferdigheter til å mestre utfordringer og løse oppgaver i kjente og ukjente sammenhenger og situasjoner. Kompetanse innebærer forståelse og evne til refleksjon og kritisk tenkning” (Meld.St. 28, 2015-2016, s. 28).

Profesjonsutdanninger har læringsmål som handler om profesjonell kompetanse. Som ferdig utdannede profesjonsutøvere, vil den profesjonelle kompetansen også bli en del av deres personlige kompetanse. Denne praksisteorien er individuell fordi den også inneholder personlige erfaringer og verdier. Under utdanning skal man tilegne seg ny praksisteori, ny kunnskap, nye perspektiver, man bevisstgjøres, og til sammen styrkes premissene for utførelsen av praksisen (Kristoffersen, 2019, s. 121-122). Når det kommer til miljøterapeuters kompetanse vil den variere ettersom hvilken profesjonsbakgrunn man har, hva slags videreutdanninger man eventuelt har, arbeidserfaring og ikke minst hvilke personlige erfaringer man har med seg. Kanskje er det kunnskap som kan genereres til studiens problemstilling, om miljøterapeuters kunnskap og kompetanse? At miljøterapeuters kunnskap og kompetanse kanskje blir utydelig, nettopp fordi den ikke er avgrenset eller speiler en bestemt form?

I dette kapitlet er det forsøkt å belyse verdien av å se hvert enkelt individ for den de er med sin unike bakgrunn og historie. Betydningen av å være nysgjerrig på hver enkelt for ikke å gå glipp av viktige sammenhenger. Dette med å se etter mønstre og finne sammenhenger er også viktig i metoden Grounded Theory (GT). De sammenfallende trekkene med psykososialt arbeid gjorde at det derfor kjentes riktig å gå for GT som metode.

## 3.0 Metode

### 3.1 Kvalitative forskningsmetoder

Kvalitative metoder studerer hvordan mennesker og grupper konstruerer mening. Ved å gjøre dette, vier kvalitativ metodikk betydelig oppmerksomhet til hvordan kvalitative analytikere bestemmer hva som er meningsfullt. Videre bidrar kvalitative metoder til å belyse betydninger og hvordan mennesker engasjerer seg i meningskapning, hvordan man forstår verden (Patton, 2015, s. 41-43). Kvalitativ metode kan bidra til økt forståelse av menneskelig meningskapning, og Patton (2015) bruker det å studere menneskers kroppar som et eksempel. Gjennom å se på kvinners og menns kroppar, kroppenes farge, størrelse, funksjonshemmingar, skader og hvordan kroppen dekorerer ved for eksempel smykker, tatoveringar og piercingar. Hvordan kroppar lemlestes ved for eksempel kjønnslemlestelse, kannibalisme, skalpering, seksuelle overgrep med mer. Videre kan menneskelig meningskapning også gjøres ved vurdering av meningskapningen. Slik man for eksempel gjør ved å sette karakterer på elevens akademiske oppnåelse, og hva det gjør med elevene. Man kan også gjøre det ved å studere hva ulike objekter betyr for folk. Hva slags mening folk legger i for eksempel sine leker, smykker, mat, musikk, klær og biler. Studere hva meningen med meningsløshet er (Patton, 2015). Sosiale grupper defineres ofte av deres felles meningskapning. Nihilister er en gruppe som mener livet ikke har noen mening, og de har da en felles meningsfullhet i å hevde meningsløshet. Å finne ut hvordan, hvorfor og hvilke effekter det gir, kan være passende kvalitative studier. Meningsskapelse kan også studeres gjennom kvalitativ tolkning (Patton, 2015, s. 41-43).

Kvalitativ metode benytter seg av flere ulike datainnsamlingsmetoder. For eksempel innhenting av datamateriale ved hjelp av intervjuer, hvor folk blir spurt åpne spørsmål om sine erfaringer, meninger, følelser, forståelse og oppfatninger. Fokusgruppeintervjuer er en annen variant. Feltobservasjoner kan også gi datamateriale, ved at observasjoner beskriver folks atferd, aktivitet, kommunikasjon, mellommenneskelige interaksjoner, ulike prosesser og annet observerbart. Beskrivelsene må også inneholde konteksten observasjonene var gjort under. En annen måte å innhente data på er ved dokumentasjon. Det kan være skriftlig materiale fra organisasjoner, sykehus, innlegg på sosiale media, korrespondanse, offentlige publikasjoner, brev, fotografier, kunst med mer (Patton, 2015, s. 87).

Patton (2015) skriver om flere kvalitative prinsipper som ideelle strategier for å observere, beskrive og forstå fenomener. Blant annet ved å observere den virkelige verden gjennom naturalistiske undersøkelser, være åpen, lydhør og fleksibel gjennom nye design, fokusere på informasjonsrike saker gjennom målrettede utvalg, beskrive det som observeres

detaljert og belyse folks meninger og perspektiver gjennom rike og dype kvalitative data, utdype egen forståelse gjennom direkte personlige erfaringer med og engasjement i det man studerer, balansere de kritiske og kreative sider, kognitive og affektive prosesser ved en nøytral empatisk holdning, dyrke følsomheten, verdsett og rettferdiggjøre folk, samfunn og ulike miljøer, utvikle innsikt og forståelse gjennom nedenifra og opp holdning med induktive analyser, utvikle din analyse gjennom kontekstuell sensitivitet, integrere data gjennom en helhetlig perspektiv, kommunisere autentisk og tillitsfullt gjennom refleksivitet. Eie din egen stemme og perspektiv (Patton, 2015, s. 137).

Når det kommer til ulike kvalitative rammeverk for undersøkelser finnes det mange alternativer og et stort mangfold, både paradigmatisk, filosofiske og teoretiske orienteringer med røtter fra disipliner som filosofi, samfunnsvitenskap, lingvistikk, sosiologi, psykologi, tverrfaglige, økologi, biologi med flere. Eksempler på ulike kvalitative tilnærminger er etnografi, grounded theory, fenomenologi, hermeneutikk, narrativ og heuristikk (Patton, 2015, s. 167).

Der det er ønskelig med for eksempel en bedre forståelse av menneskers liv, sett gjennom deres egne erfaringer, kan kvalitativ forskning bidra med rike og dype data (Lewis, 2004, s.1). Kvalitative metoder er egnet for å studere personlige og sensitive emner, som kan omfatte privat forhold i menneskers liv. Når forskningsspørsmålene krever et tillitsforhold mellom forskeren og menneskene i det relevante feltet, slik som deltakerne i denne studien, kan kvalitative tilnærminger være godt egnet (Thagaard, 2013, s.12). Dessuten handler kvalitativ forskning nettopp om å forstå hvordan noe sies, gjøres og utvikles, hvordan noe oppleves eller fremstår. Det å forstå hvordan mennesker tenker, handler, føler og lærer, i tillegg til sosiale prosesser hvor man påvirkes og påvirker hverandre, som for eksempel innen en familie, kultur eller vennegjeng (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s.17)

### **3.2 Grounded Theory med konstruktivistisk orientering**

GT er en metodologi og en metode utviklet av sosiologene Glaser og Strauss og ble kjent gjennom deres publisering av "The Discovery of Grounded Theory" i 1967 (Gynnild, 2014). GT er en av de mest brukte metodene innen kvalitativ forskning, den er tverrfaglig og kan brukes som både kvantitativ og kvalitativ metode og tar med seg kvantitative begreper som validitet, reliabilitet, kausalitet og generalisering inn i kvalitativ forskning (Patton, 2015, s. 182-183). GT er en metode som blir mer og mer brukt, og som også anvendes i et økende antall disipliner, som innen medisin, psykologi, sosiologi, pedagogikk, sykepleievitenskap, organisasjonsfag og innen digitale former for internettforskning (Gynnild, 2014, s.15).

GT handler om mønstre i menneskelig samhandling, om teoretisering basert på empiriske data som kan vise sammenhenger, om fortløpende systematisering av innsamlede relevante data, memoskriving, ulike typer koding, forklaringer av teoriens hovedbegrep som er kjerne-kategorien (Gynnild, s. 14-18, 2014). GT skal bygge teori heller enn å teste ut teorier, altså utvikle teorier på bakgrunn av empirisk forskning (Denscombe, 2014, s. 107).

Alt dette passer godt inn med både psykososialt arbeid og miljøterapi. Tverrfagligheten, det å se etter mønstre og samspill, bygge teori og ikke teste ut, minner om betydningen av å se mennesker bak diagnosene. Ikke dømme mennesker, men være nysgjerrig og åpen, se etter muligheter. Mine assosiasjoner fra GT som metode, til miljøterapi og psykososialt arbeid, virket nok inn på valget av GT som metode for denne studien.

Metoden streber etter å gi forskeren analytiske verktøy for håndtering av enorme mengder av rådata, og GT søker etter å hjelpe analytikere med å vurdere alternative betydninger av fenomener. Videre vektlegger GT både systematikk og kreativitet på samme tid, den belyser begrepene som er teoriens byggesteiner (Patton, 2015, s. 184). GT ønsker å utvikle teorier fra datamateriale, og siden empirisk teste nye teorier som blir funnet (Patton, 2015).

Et prinsipp i GT er at data analyseres etterhvert som det samles inn. Tegn eller hint fra det første innsamlede datamaterialet leder forskeren i en retning som kan gi nye spørsmål, slik at retning og størrelsen på materialet ikke kan bestemmes i forkant. Denne kumulative tilnærmingen er utforskende ettersom hver nye deltaker eller hver nye informasjon, bidrar til å belyse et nytt eller dypere aspekt av fenomenet (Descombe, 2014, s. 107). Ikke bare skal forskere samle inn data som utgangspunkt for forskningen, men også gjennom hele forskningen.

Grounded theory is characterized by the specific way in which it approaches the business of analyzing the data. Concepts and theories are developed out of the data through a persistent process of comparing the ideas with existing data, and improving the emerging concepts and theories by checking them against new data collected specifically for the purpose. (Denscombe, 2014, s. 108)

Senere har Glaser og Strauss videreutviklet metoden GT i hver sin retning, så i tillegg til deres opprinnelige klassiske GT, er det i dag ytterligere tre retninger som har utgått fra GT (Gynnild, 2014, s. 19). Charmaz sin konstruktivistisk GT er den ene retningen, og er den studien har valgt å gå ut fra. Charmaz vektlegger i større grad hvordan forsker og deltakere

sammen konstruerer teorien, samt forskerens forforståelse og synliggjøring av tolkningene. Charmaz skriver:

What you see in your data relies in part upon your prior perspectives. Rather than seeing your perspectives as truth, try to see them as representing one view among many. That way, you may gain more awareness of the concepts that you employ and might impose on your data. (Charmaz, 2014, s. 132)

“Data do not provide a window on reality. Rather, the “discovered” reality arises from the interactive process and its temporal, cultural, and structural contexts” (Charmaz, 2000, s. 524).

Etter gjennomføringen av de to- tre første intervjuene merket jeg at jeg fikk et spesielt engasjement, en felles opplevelse med deltakerne fra jeg selv jobbet med samme type arbeid. Selv byttet jeg jobb like før gjennomføringen av de første intervjuene, noe som førte med seg en liten boost på selvfølelsen min. Jeg opplevde at jeg var kommet til en arbeidsplass hvor min kunnskap og erfaring var mer av interesse og betydning. Etter de første intervjuene slo det meg at det de formidlet som var felles med egen erfaring, var fortvilelsen og frustrasjonen over å ikke bli lyttet til. Følelsen de beskrev rundt manglende anerkjennelse av deres kompetanse. Da ble det for alvor viktig for meg å ikke bare intervju flere, men å finne deltakere fra ulike uavhengige ungdomspsykiatriske poster. Jeg ønsket å finne ut om dette var gjennomgående, eller om det var en kultur på en tilfeldig arbeidsplass.

Problemstillingen i denne studien søker deltakernes erfaringer, refleksjoner og meninger. Som forsker bringer jeg min forforståelse inn, men allikevel kan det forstås som at studien ikke har en klar hypotese. Selv om GT som tilnærming viste seg å være svært omfattende og tidkrevende, har jeg ikke angret på valget. Etter min mening har det faktisk vist seg å være en hensiktsmessig tilnærming i forhold til arbeidet med forskningsspørsmålene.

I forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene kan det diskuteres om ikke en narrativ tilnærming også kunne passet, noe som tar for seg spørsmål om hvordan menneskers historier kan tolkes for å forstå og belyse livet og kulturen som utviklet det. Eller en fenomenologisk tilnærming, som ønsker å forstå hva betydningen, strukturen og essensen av opplevelsen av erfaringene til fenomenet for den personen eller gruppen av mennesker (Patton, 2015, s. 167). Bak valget av å bruke GT som tilnærming, lå mangelen av en klar hypotese, men ved at hypotesen ligger i min forforståelse og med det teoretiske rammeverket jeg som forsker bringer inn, samt interessen for deltakernes mening. I tillegg det at GT tar for seg hvilken teori, *grounded* i feltarbeidet, som kommer fram fra systematisk komparativ



analyse for å forklare det som er observert (Patton, 2015, s. 167). Ikke minst det at GT er godt egnet når man vil studere praktisk aktivitet, rutinesituasjoner og deltakeres synspunkter (Denscombe, 2014, s. 110), noe som er akkurat hva denne studien søker. Muligheten for å kunne utvikle forklaringer på handlingene og de sosiale prosessene som miljøterapeutene er en del av i sitt arbeid, gjorde at jeg ønsket å bruke GT. Ifølge Denscombe (2014, s. 109) er GT velegnet i studier hvor mennesker samhandler, og for studier i både større og mindre skala. GT har derimot blitt kritisert for blant annet mangel på refleksivitet, for ikke å ha tatt forskerens rolle nok i betraktning, og at den baserer seg på dataene alene (Willig, 2013, s. 70-71, 78), hvilket er bakgrunnen for at analysen i denne studien tar utgangspunkt i Charmaz sin konstruktivistiske retning av GT. Det har også derfor vært viktig for meg å gjennom hele oppgaven være tydelig på egen innsikt, om at jeg som forsker har påvirket studien, parallelt med at også mine perspektiver endret seg. Samtidig ønsket jeg å være åpen om *hvordan* jeg påvirket studien, blant annet ved å ha med teoretisk rammeverk, som kan øke forståelsen for det jeg hadde med meg inn i denne studien.

### **3.3 Semi-strukturert intervju**

Ved innsamling av data til denne studien ble det benyttet semi-strukturert kvalitativt intervju. Dette bestod av en rekke komplette spørsmål, men som er fleksible med tanke på rekkefølgen av emner i tillegg til at spørsmålene har åpne svar (vedlegg 2). Dette kan bety mer fleksibilitet for deltakerne til å utvikle egne erfaringer og ideer (Denscombe, 2014).

Semi-strukturert intervju skiller seg fra strukturert intervju ved at de semi-strukturerte lar deltakerne bli spurt om få, men åpne spørsmål uten fokuset på å svare kort på mange detaljerte spørsmål, slik som strukturerte intervjuer forutsetter. Ved bruk av strukturerte intervju og spørreskjemaer kan deltakerne bare svare på spørsmålene i skjemaet, og ikke bringe inn andre relevante temaer eller historier (Strauss & Corbin, 1998, s. 204). Kvalitative semi-strukturerte intervjuer anses som en av flere egnede metoder å benytte i GT, da det gir forskeren et trygt utgangspunkt, samtidig som det gir rom for å følge den retningen intervjuene tar underveis (Charmaz, 2014). Semi-strukturerte intervju handler om å spørre åpne spørsmål om fenomenet, noe som gir mulighet til å oppdage spontane og rike skildringer rundt fenomenet, slik deltakerne selv beskriver det (Kvale & Brinkmann, 2015).

Denne studien spør etter miljøterapeutenes egne meninger, erfaringer, følelser og refleksjoner. Noe som kan oppleves personlig, og deltakerne kan føle på frykt for å bli gjenkjent av for eksempel ledelse og kollegaer. Det er derfor viktig å forsikre deltakerne om anonymitet. Det er også viktig å bruke tid på å etablere et forhold som gjør deltakerne trygge

nok til å snakke om personlige temaer. Det å benytte intervju som datainnsamlingsmetode har imidlertid blitt kritisert fordi man ikke kan vite om deltakerne svarer sant eller ikke. Kritikken går også på at det kan oppleves ubehagelig for deltakere å være alene med forskeren, at det kan påvirke svarene (Gallagher, 2009, s. 76). Intervjuer kan gi store mengder data, så det å intervjuer deltakerne i denne studien gir mulighet for å få rikere informasjon med mer dybde, sammenlignet med for eksempel en spørreundersøkelse (Gallagher, 2009).

### **3.4 Seleksjon av deltakere og teoriunderbygning**

Med tanke på studiesammenheng og de gitte restriksjoner i den pågående pandemien Covid-19, har det vært utfordrende å rekruttere deltakere til optimalt antall og stor nok mengde materiale for dyp og god analyse. Først kontaktet jeg fem ungdomspsykiatriske døgnposter rundt om i Norge, for å rekruttere deltakere, men uten hell. Gjennomgående var forklaringen at på grunn av det økte presset i ungdomspsykiatrien, samt spesielt stort sykefravær for tiden, var det ikke mulig for personalet å få satt av tid til dette formålet. Dette gjorde at jeg følte jeg ble avhengig av deltakere som var villig til å la seg intervjuer på sin fritid. Ettersom jeg selv har jobbet i en ungdomspsykiatrisk døgnpost tok jeg kontakt med en tidligere kollega som hjalp meg i gang. Dette er kjent som bekvemmelighetsutvalg, som Malterud (2013, s. 57) forklarer er inkludering av deltakere som er tilgjengelige med tanke på tid og ressurser. Videre ble det brukt snøballmetode hvor den ene deltakeren har brukt sitt nettverk til å komme i kontakt med nye deltakere. Det at jeg kjenner til enkelte av deltakerne fra tidligere, blir diskutert i kapittel 6.1 styrker og begrensninger.

Til tross for bekvemmelighetsutvalg og snøballmetode, har valg av inviterte deltakere vært gjort med tanke på at GT søker et bredt datagrunnlag i form av teoriunderbygning for å oppnå metning. Et godt nok utvalg for ikke å mangle påfyll av data for å komplettere det som blir studert (Denscombe, 2014, s. 110-112). For å få en variasjon og et bredt utvalg, ble det invitert deltakere med ulik profesjonsbakgrunn, ulikt kjønn, variasjon i alder og lengde på praksiserfaring. Noen av deltakerne jobber på samme døgnpost, og ved gjennomgang av det innsamlede data var det mye gjenkjennelig fra jeg selv jobbet i ungdomspsykiatrien. Ettersom jeg selv skiftet arbeidsplass underveis fikk jeg også noen aha-opplevelser, som gjorde at jeg lette etter sammenlignbar teori. Dette førte videre til at min nysgjerrigheten ble vekket, og det ble et ønske om å invitere deltakere fra flere ulike ungdomspsykiatriske døgnposter, for å finne ut om det kunne være noen felles mønstre.

Totalt ble åtte deltakere intervjuet i denne studien, fra tre ulike sykehus i tre ulike fylker i Norge. Alle deltakerne har minimum en bachelorgrad. Det er tre sykepleiere, tre

vernepleiere og to barnevernspedagoger. En har ingen videreutdanning, to har enten påbegynt relevant videreutdanning, eller var ferdig med en videreutdanning. Noen av deltakerne har flere ulike videreutdanninger, enkelte har også relevante mastergrader. Som ansatte i ungdomspsykiatriske døgnposter har de alle nesten like arbeidsoppgaver, og blir kalt for miljøterapeuter. Til tross for at deltakerne har ulik profesjonsbakgrunn er de alle ansatt til å utføre miljøterapeutisk arbeid. Deltakerne vil derfor iblant bli omtalt som miljøterapeuter. De har arbeidsoppgaver som miljøterapeutisk arbeid, deltakelse i samarbeidsmøter, observasjoner, dokumentasjon av pasienttiltak, somatisk og psykiatrisk status og arenafleksibelt arbeid. Sykepleierne og vernepleierne har i tillegg oppgaver med å administrere medisiner. Fem av deltakerne er kvinner, tre er menn. Både antallet med ulik profesjonsbakgrunn og kjønn er forholdsvis representativt med tanke på fordelingen ved arbeidsplassene deres. Medianalderen på deltakerne er 35 år. Gjennomsnittsarbeidserfaring innen ungdomspsykiatri er 7,8 år og gjennomsnitts arbeidsstilling er 96%.

I tillegg til optimalt strategisk utvalg i forhold til teoriunderbygning, bør det vurderes om man har fått innsamlet nok empirisk data for å belyse problemstillingen (Malterud, 2013, s.60). Slik jeg ser det viser kanskje ikke det innsamlede datamaterialet nok data til å kunne være beskrivende for hele feltet, til å oppnå fullstendig metning. Allikevel vurderer jeg det slik at det i forhold til denne studiesammenheng, er stort nok til å besvare problemstillingen og til å kunne være en interessant pekepinn for videre studier.

### **3.5 Gjennomføring av intervjuene**

På grunn av den pågående pandemien har det vært strenge restriksjoner i forhold til møter, antall mennesker man skal ha nærkontakt med og så videre, og intervjuene ble derfor gjennomført digitalt. Min erfaring er at deltakerne gjerne ville fortelle deres synspunkter og var positive til å fortelle om deres egne erfaringer i forhold til studiens tema, og at det vekket stort engasjement hos flere. Flere av deltakerne mente det var viktig at deres tanker om ungdommenes faktiske hjelpebehov ble bragt på bane og at deres stemme ble løftet. Ingen av deltakerne uttrykte misnøye eller at dette var vanskelig å snakke om, og de klarte å finne tid til å bli intervjuet i sine travle dager. Flere av deltakerne sa at det var blitt viktig for dem å kunne fortelle sin versjon, historie og sine erfaringer. Intervjuene ble gjennomført utenfor arbeidstid, altså i deltakernes fritid. I gjennomsnitt varte intervjuene i 51 minutter, og deltakerne snakket i all hovedsak om temaene for studien.

Noe avsporing ble det, og det som kanskje opplevdes som det mest frustrerende under intervjuene var hver gang deltakerne fortalte noe som jeg hadde til felles, og da forsøke å

utdype disse temaene som også var av interesse for deltakerne, uten at det skulle skinne for mye gjennom at akkurat dette betydde mye for meg også. Altså at vi kunne ha en felles interesse eller forståelse uten at mitt engasjement ble for stort og dominerende og derfor kanskje formet deltakerne. Dette er noe som diskuteres nærmere i kapittel 3.8 ”Refleksjon over egen rolle som forsker”.

Målet var å vektlegge personlige tanker, reaksjoner og følelser, og ved behov spurte jeg etter det i form av oppfølgingsspørsmål. Noen av deltakerne svarte nok mer personlig enn andre, men generelt opplevdes flesteparten som både engasjerte og personlige. Flere av de første deltakerne tok opp noe jeg selv ikke hadde tenkt på, men som ble klart at kunne være relevant og som vekket nysgjerrigheten min etter de første transkriberingene og forsiktige koding. Dette førte til at jeg spurte etter det under de neste intervjuene, om ikke deltakerne selv bragte det på bane.

### **3.6 Etiske betraktninger**

Etiske vurderinger er tatt i betraktning gjennom hele prosessen under arbeidet med denne studien, etter forskningsetikkloven (2017). Ifølge ” Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden” (Vård i Norden, 2003) er autonomi å gjøre godt, å ikke gjøre skade og rettferdighet, fire viktige etiske prinsipper. Forskere må sørge for at deltakerne er informert om studien på en klar, tydelig og lett forståelig måte. Det er viktig at all forskning følger forskningsetiske regler uansett valg av metode (Forskningsetikkloven, 2017).

Det å studere miljøterapeuters erfaringer og synspunkter i forhold til deres arbeid med ungdom innlagt på psykiatrisk sykehus kan betraktes som et sensitivt tema. Hvis emnene i intervjuer er sensitive, kan en-til-en-innstillingen gi deg muligheten til å konsentrere deg om én person om gangen, og til å møte deltakernes behov (Gallagher, 2009). Når det gjelder denne studien er etiske hensyn vurdert og tatt i betraktning underveis gjennom hele prosessen, planleggingen, selve utførelsen, under forberedelser og ferdigstillingen. Samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle er kanskje de fire temaene som oftest diskuteres i etiske retningslinjer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 102) og er løpende vurdert gjennom hele denne studien.

Innledningsvis i arbeidet med denne studien ble det sendt en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD), for behandling av personopplysninger i forskningsprosjektet. I søknaden ble det sendt med en prosjektskisse med informasjon om blant annet forskningsfeltet, deltakere, metode, plan for anonymisering og håndtering av datamaterialet. Informasjonsskrivet til deltakerne ble også lagt ved, samt intervjuguiden. Når NSD hadde

godkjent søknaden (referansenummer: 668836), kunne det videre arbeidet fortsette.

Deltakerne fikk tilsendt et skriftlig informasjonsskriv. Skrivet inneholder informasjon om studien, og hva formålet med den er, slik at deltakerne kunne gjøre egne bevisste valg om de ønsket å delta i studien (vedlegg 1). Deltakerne ble forsikret konfidensialitet og fikk informasjon om hvordan intervjuene skulle bli brukt og hvem som hadde tilgang til materialet. Informasjonsskrivet beskriver at deltakelsen er frivillig, og at de når som helst kunne velge å trekke seg uten begrunnelse. Det ble også oppgitt kontaktinformasjon til min veileder og meg. Deltakerne ble også muntlig av meg, oppmuntret til å ta kontakt om de hadde spørsmål i etterkant av intervjuet. Det fulgte også et skriv hvor deltakernes signatur gav sitt samtykke, og at samtykket ble gitt på grunnlag av informasjonen (vedlegg 1). Det ble også sikret en forsvarlig og sikker oppbevaring av personopplysninger og intervjuer, og jeg var hele tiden opptatt av at materialet ikke skulle kunne knyttes til den enkelte deltaker. Det ble derfor gjennom studiens analysedel, hvor mange sitater ble benyttet, fortløpende vurdert om noe kunne være gjenkjennelig. Alt som kunne identifisere tid og sted ble fjernet, eventuelle dialekter ble skrevet om til bokmål og slang ble erstattet. Deltakerne ble også tilbudt å få oppgaven tilsendt for gjennomlesing. Videre er alt materialet som kan avsløre deltakernes identitet, så som signerte samtykkeskjemaer, egne notater fra intervjuene, trygt oppbevart nedlåst i en skuff. Alt materialet vil bli destruert når studiet er fullført. Det er viktig å sikre deltakernes konfidensialitet av hensyn til dem selv.

Til slutt ble det bevisst arbeidet med å utforme et forskningsprosjekt som skulle ivareta deltakerne på best mulig måte, gjennom hele forskningsprosessen. Med dette klart for meg var ønsket å utvikle et forskningsprosjekt som deltakerne kan oppleve som nyttig og til sin fordel. Forskningsprosjektet er forsøkt utformet med ydmykhet og respekt for deltakernes erfaringer, følelser, meninger og tanker. Mitt ønske for studien er kun søken etter ny og nyttig informasjon, og et ønske om at miljøterapeuter kan fortelle sine historier fra sitt perspektiv ut fra sine egne erfaringer.

### **3.7 Studiens reliabilitet**

I kvalitativ forskning kan validiteten og påliteligheten til en studie oversettes til begrepet reliabilitet. Reliabilitet handler om betydningen av å evaluere resultatene i studien i forhold til forskningsprosessen. Reliabilitet kan igjen deles inn i fire underbegreper: Bekreft-barhet, troverdighet, generaliser-barhet og pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109). Forskere bør stille spørsmål ved studiens problemstilling, til utvalget av deltakere, datainnsamlingen, de teoretiske perspektiver, analysestrategien og presentasjonen. Man bør

også undre seg om den metoden som er valgt er logisk for å komme til kunnskapen som kan belyse problemet, Man bør derfor stille spørsmål ved selve gjennomføringen av studien (Malterud, 2017).

Ifølge Malterud (2001) er innsamlet data i kvalitativ forskning avhengig av forståelse og samhold mellom deltakerne og forskerne, for at teksten fra for eksempel intervjuer har en gjensidighet. Dette fordi en tekst kan innebærer flere betydninger og det vil derfor finnes variasjoner i tolkningen av tekstene, noe som bør diskuteres for troverdighet. Videre hevdes det at pålitelighet kan betraktes som oppnådd når deltakerne gjenkjenner funnene, men det handler faktisk mer om bekreftelse. Kunnskap bør anerkjennes som delvis og situert, og forskerens rolle og innvirkning bør vurderes og deles. Subjektivitet oppstår når effekten av forskerens rolle blir ignorert (Malterud, 2001, s. 484).

At andre skal kunne utføre en tilsvarende studie er viktig for bekræftbarheten. Forskerens involvering i temaet er derfor svært aktuelt fordi denne involveringen kan påvirke resultatene. Det er derfor viktig å gå ut i feltet med åpenhet om at man har en egen forforståelse, men at denne kan endres og justeres underveis i forskningsprosessen, og også være kritisk til egne tolkninger. Ved å forklare egen posisjon og forpliktelse, hvordan forskerens personlige engasjement kan sette preg på forskningsarbeidet og hvordan egen kunnskap og egne erfaringer brukes i analysen og i diskusjonen (Tjora, 2017, s. 235). For å styrke denne studiens bekræftbarhet fikk deltakerne tilbud om å lese gjennom oppgaven, og forskerens involvering og rolle er beskrevet i kapittel 3.8.

Troverdighet tar, ifølge Granheim og Lundman (2004, s. 109), for seg hvor godt datainnsamlings- og analyseprosessen stemmer overens med studiens tiltenkte fokus. Det blir viktig å vurdere om studien er gjennomført på en troverdig måte. Det finnes imidlertid ingen fasit på hvilken metode som er best til å svare på problemstillingen eller forskningsspørsmålene, så alternativer bør diskuteres og vurderes. Troverdighet spør videre om hvor godt funnene kartlegger fenomenet som studeres, og om informasjonen som samles inn er passende for fenomenet. Hvordan og hvor dataene ble samlet inn er også av relevans i tillegg valget av deltakerne (Leseth & Tellmann, 2014, s. 14).

Generaliserbarhet er en forutsetning for at kunnskap skal kunne være nyttig for andre. Generaliserbarheten av studien avhenger av om funnene gir mening for andre som jobber innen samme felt eller tilsvarende (Malterud, 2017, s. 67). Funnene i denne studien kan gi mening for andre miljøterapeuter som arbeider med ungdom, samtidig er det et ønske og et håp om at funnene også kan gi mening til deres øvrige kollegaer, ledere og andre. Studien diskuterer temaer som ledelse, tverrfaglighet, psykososialt arbeid, biomedisinsk tradisjon,

kompetanseutvikling, organisatoriske rammer og brukermedvirkning. Dette er temaer som kan overføres til flere arbeidsplasser og andre profesjoner innen psykisk helse. Generaliserbarhet innebærer også at forskeren gjennom arbeidet beskriver detaljer rundt det som er studert, godt nok til at lesere selv kan vurdere om funnene vil ha troverdighet for leseren (Tjora, 2017, s. 239). Generaliserbarheten til en studie viser hvor godt resultatet kan brukes i andre miljøer og andre grupper (Malterud, 2001, s. 485).

Påliteligheten til en studie avhenger av hvordan datamaterialet endres over tid, da det er en risiko for at empirien blir uforenlig med datainnsamlingen ettersom den vokser. Ettersom data kan endre seg i løpet av den pågående studien, som for eksempel er intervju en prosess under utvikling, som bringer ny innsikt i fenomenet som studeres. Det er da viktig å rapportere likheter og ulikheter etter hvert som datainnsamlingen og analysen utvikles (Granheim & Lundman, 2003, s. 110). Det er også relevant å diskutere om, og hvordan, metoden som er valgt for studien har påvirket resultatene, samt innflytelsen til forskeren og eventuelle relasjoner som kan oppstå og dens påvirkning (Jacobsen, 2010, s. 156).

### **3.8 Refleksjon over egen rolle som forsker**

I kvalitativ forskning kan man komme tett på fenomenet som studeres og studiens deltakere. Det er da viktig at forskere har en refleksiv holdning. Det betyr at de bør ha en god forståelse for deres potensielle innflytelse, deres egen tro og erfaringer samt deres rolle når de samhandler med deltakere, men også når data skal tolkes (Granheim & Lundman). Forskere går inn med sin forforståelse, det vil si at forutinntatte forestillinger og tanker om hva fenomenet egentlig handler om (Malterud, 2001, s. 484). Av den grunn er det viktig at forskere opptrer refleksivt gjennom hele forskningsprosessen, som betyr å vurdere og forklare hvilken effekt forskeren har på utformingen av studien (Malterud, 2001). Forskere som rapporterer om sine tidligere personlige og faglige erfaringer, samt hypoteser og egen motivasjon om fenomenet som studeres, kan tilfredsstillende refleksivitet. Et alternativt refleksiv tilnærming er å redegjøre for forskerens innvirkning som en del av studiens styrker og begrensninger under metodediskusjonen (Malterud, 2001, s. 484). Forskerrollen handler om forskernes integritet, erfaring, ærlighet, rettferdighet og kunnskap. Forskernes integritet blir viktigere i forbindelse med intervjuer fordi intervjueren selv er det viktigste verktøyet for å tilegne seg kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

Under intervjusituasjonene var det viktig for meg å forsøke fremstå som anerkjennende, oppmerksom og lyttende for å fange og få frem dybden i deltakernes historie. Jeg forsøkte å fokusere på å vise engasjement for studien, og jeg hadde et ønske om å gjøre

det på en god måte. Jeg ønsket å vise troverdighet og en fornuftig behandling av materialet. For å gjøre intervju situasjonene best mulig, forsøkte jeg å bruke min kommunikasjonsevne slik jeg best kunne, ved å uttrykke takknemlighet over deltakernes historier. Jeg ønsket å bidra til en avslappet og ærlig atmosfære, og var derfor «meg selv» med mitt hverdagspråk og var ærlig rundt min personlige bakgrunn og valg av tema.

Det at jeg har god kjennskap og erfaring fra samme arbeid kan ha bidratt til at det i blant ble diskusjoner og deling av erfaringer rundt temaer med felles engasjement. Noen av deltakerne kjente til meg fra før, og det gjorde det i blant vanskelig å holde samtalen til spørsmålene fordi temaer og episoder vi normalt ville ha diskutert ble også snakket om. Min vurdering er at ved å tillate at intervjuene enkelte ganger fløt ut som en engasjert samtale, førte til det hele opplevdes som avslappede og komfortabelt og deltakerne synes å kunne snakke uanstrengt med meg. Det jeg passet godt på ved slike tilfeller var å skrive detaljerte notater på mine innspill for å kunne ta stilling til det i analyseringen senere. Under intervjuene med deltakerne jeg kjente til fra før ble det til en del sammenligning med hvordan de opplevde arbeidshverdagen nå med den gang jeg jobbet der, og med deltakerne jeg ikke kjente ble det litt sammenligninger av deres arbeidssted med posten jeg tidligere hadde jobbet i. Spesielt diskusjonene med deltakerne fra andre avdelinger åpnet opp for en bedre forståelse for hva som kanskje kan ha handlet om avdelingskultur og hva som kan sees på som mer overordnede utfordringer. Dette var nok gjensidig da flere av deltakerne uttrykte at det var artig og interessant å få et innblikk i hvordan det var i andre ungdomspsykiatriske døgnposter.

Mitt utgangspunkt som vernepleier, en tverrfaglig sosial- og helsefaglig utdanning, synes jeg passer utmerket med psykososial tilnærming og helhetsperspektivet på mennesker. Tanken om at omgivelsene bør endres rundt mennesker med utfordrende atferd, og ikke at individet selv skal endres står sentralt. I min jobb innen kommunalt psykisk helsearbeid, forsøker jeg kontinuerlig å tilstrebe og etterleve dette. Samtidig har jeg jobbet mange år på sykehus, med en diagnostisk kultur hvor den biomedisinske tradisjon er framtreddende. Jobben med miljøterapeutisk arbeid i ungdomspsykiatrien gav meg mange erfaringer av ulik art. Både i forhold til meg selv og egne reaksjoner, men også observasjoner og felles erfaringer med kollegaer. Jeg gjorde meg opp flere tanker om hvordan kollegaer erfarte det miljøterapeutiske arbeidet med ungdom, ønsket om psykososial tilnærming og begrensningene fra organisatoriske rammer. Min forforståelse er at det finnes fellesnevnerer mellom ungdoms behov for hjelp og miljøterapeutisk arbeid, men at diagnosekultur, organisatoriske rammer, lite tverrfaglig arbeid og manglende transdisiplinær forståelse begrenser mulighetene til å hjelpe ungdommen på en best mulig måte.



## **4.0 Analyse**

### **4.1 Transkribering**

Fasen som kommer etter intervju er transkribering, jobbingen med resultatene fra intervjuene. Gjennom transkribering blir datamaterialet strukturert i tekstform og det gir en bedre oversikt. Man kan derfor si at transkriberingen er begynnelsen på analysen i seg selv (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 205).

Som tidligere forklart ble intervjuene gjennomført digital. De ble tatt opp ved hjelp av en applikasjon (app) på mobiltelefonen. Deretter ble det valgt å skrive ned intervjuene så nøyaktig som mulig hvor bade nøling, latter med mer ble notert som muntlige uttrykksformer. Deretter ble dialekter, slang og personlige uttrykksformer “oversatt” til bokmål. Opptakene ble slettet etter transkriberingen. I forhold til reproduksjonen av materialet, i forbindelse med kodingen kan ting som senere gjengis, være sammendrag av flere utsagn med samme betydning. I sammenheng hvor formålet nettopp er å skape mening med data, ved å lage utdrag av innhold gjennom behandling på ulike nivåer, kan en slik handling forsvares.

Det ble planlagt slik at det skulle være god nok tid mellom hvert intervju til at de kunne transkriberes kontinuerlig. Både for å ha intervjuene friskt i minnet, men også for av hensyn til deltakerne slik at opptakene som jo var på en app på min mobiltelefon, ble slettet raskest mulig. På denne måten ble også intervjuene strukturert slik at de var bedre egnet for analyse. Det ble laget store marger på hver side av den transkriberte teksten, slik at koding og kategorisering av data kunne gjøres enkelt. Underveis i transkriberingen ble jeg bevisst på hvordan jeg involverte meg mer i temaer jeg selv allerede er ekstra opptatt av. Det gav meg godt grunnlag for refleksjoner i notatene jeg førte fortløpende, ikke minst gav det meg verdifulle refleksjoner for min egen del. I tillegg gav både lyttingen og nedskrivningen meg god dybdeinnsikt i hvordan deltakerne kommuniserte utover selve ordene som ble sagt, andre dimensjoner av kommunikasjon som for eksempel pauser, nøling, latter og stemmevolum. Slike dimensjonene anses som viktige å ta vare på i GT. Ved å studere data grundig hever forskerens innsikt i nyanser som språket formidler (Charmaz, 2014).

### **4.2 Koding**

Kodingen er noe av det som skiller GT fra andre kvalitative tilnærminger som koder med mer fastsatte kategorier. Når datamaterialet er tilgjengelig som tekst, er neste steg i arbeidet å gjøre en analyse av dataene gjennom ulike former for koding. Hver type koding utgjør en økning i abstraksjonsnivået, som via kategorier ender opp med formulering av hypoteser eller teorier basert på datamaterialet det hele springer ut fra. Koding er sentrale koblinger mellom

det innsamlede datamaterialet og utviklingen av fremvoksende teorier som forklarer disse dataene. Kodingen er definisjonen av det som skjer i dataene og starten på å begripe hva det betyr (Charmaz 2006, s. 46).

Jeg har i denne studien valgt å følge Charmaz (2015, s. 1616) sine råd om å ikke tviholde på de første konkrete og deskriptive kodene, men å forsøke bryte opp dataene gjennom koding av handlinger og betydninger i korte direkte termer. Under kodingen har jeg forsøkt å distansere meg fra mine tidligere forståelser, og latt min nysgjerrighet lede meg til nye kategorier med, så langt det går, nye øyne. Slik jeg har forstått, og tatt utgangspunkt i, så er de kategoriene jeg i denne studien har kommet med ikke fastsatte, men heller å se på som et grunnlag for diskusjon.

Den første kodingen kan gjøres fra ord til ord, linje til linje eller avsnitt til avsnitt, for å se etter mønstre, noe som blir kalt åpen eller innledende koding. Her skal det kodes raskt og presist og man skal holde seg tett på det som fremkommer i datamaterialet. Man ser etter koblinger mellom kodene og mulige retninger som kan skimtes Charmaz (2014, s. 120 +190). I den konstruktivistiske orienteringen av GT har man større muligheter for friheter:

”Both the form and specific content of the method arise as the researcher grapples with the problems at hand. Thus the emergent character of the method contributes to its flexibility” (Charmaz, 2011, s. 374).

Selv syntes jeg ord for ord ble for oppstykket til å klare finne mønstre eller overskrifter, så jeg valgte i hovedsak å kode linje for linje, og innimellom avsnitt for avsnitt. Kodene som ble brukt i den åpne kodingen har ord og uttrykk som kommer fra deltakerne.

Tabell I. Eksempler fra datamaterialet og innledende koder

Fra datamaterialet:	Innledende koder
<p>(Intervju 1)</p> <p>Vi må jobbe mer med helheten.. det jobbes veldig stykkevis, mye på pga pakkeforløp.. underveis kan annet komme til syne, men behandlerne er så styrt av pakkeforløpene.. jobbe mer ambulant, i hjemmet, både at vi kan være med inneliggende ungdom hjem i deres miljø, mange ungdommer ikke hadde trengt innleggelse, fordi vi da tar de ut av sammenhenger</p>	<p>Jobber mer med helheten</p> <p>Annet kan komme til syne</p> <p>Styrt av pakkeforløpene</p> <p>Jobbe mer ambulant</p> <p>I deres miljø</p> <p>Hadde ikke trengt innleggelse</p> <p>Tar de ut av sammenhenger</p>
<p>(Intervju 4)</p> <p>jeg ønsker at vi jobber mer med familiedynamikk, inn i hvilke faktorer som påvirker de unge i miljøet de bor i, jeg skal ikke si at det ikke jobbes psykososialt, for det hender jo at vi samarbeider med skole, familie, gjør mye bra, er jo flinke, men absolutt gjort mer av det. Mer med familie og hverdagslige ting som berører og påvirker pasientene...skulle vært mer planmessig at man jobber mer med familie da, inviterer familien mer med i større grad, jobbe mer i hjemmet ambulant, Det går på ressurser da, de få gangene jeg har jobbet med det har det vært ganske vanskelig å få til, må være nok folk på jobb. For å få til dette må det forankres i ledelsen, for alt som er forankret i ledelsen er på en måte anerkjent og da blir det enklere, trenger ikke kjempe det gjennom selv</p>	<p>Familiedynamikk</p> <p>Faktorer som påvirker de unge i miljøet</p> <p>Jobbe psykososialt</p> <p>Mye bra, er flinke, mer av det</p> <p>Mer familie</p> <p>Mer planmessig</p> <p>Invitere familien i større grad, jobbe mer ambulant</p> <p>Ressurser</p> <p>Vanskelig å få til, nok folk på jobb</p> <p>Forankres i ledelsen</p> <p>Anerkjent</p> <p>Kjempe selv</p>
<p>(Intervju 5)</p> <p>Veiledning burde vært fast på planen, både av hverandre, og hente gode veiledere utenifra. Bør være tilbud om enkelt veiledning og gruppe veiledning. Systematisert det at noen ivaretar oss på en god måte. Vi må bli hørt fordi vi er forskjellige mennesker og har med oss ulikt inn i jobben.. Miljøterapeuter trenger veiledning underveis for å klare holde den profesjonelle linja.. det trengs anerkjennelse fra ledelsen på kompetanse. Utvikling av spesielt miljøterapi for økt kompetanse, må ha tid til å gjøre det. Er ikke avsatt tid til det. Ellers så mister man folk etter hvert for folk orker ikke å ta i mot så mye elendighet, når det begynner å ta over fritiden din. Går ut over søvn... For å forebygge skader, alt som er de unges problemer blir våre problemer. Vi skal jo gå videre...Systemet er ikke godt nok. Utrolig viktig at vi fanger opp. Blir så mange som slutter, orker ikke denne jobben uten anerkjennelse, og kompetanse. For ansatte i avdelingen er det et lederansvar at ansatte har den riktige kompetansen.</p>	<p>Veiledning</p> <p>Enkelt veiledning og gruppe</p> <p>Systematisert</p> <p>Vi må bli hørt</p> <p>Klare holde den profesjonelle linja</p> <p>Det trengs anerkjennelse fra ledelsen</p> <p>Utvikling av kompetanse</p> <p>Må ha tid nok</p> <p>Folk orker i stå i så mye elendighet</p> <p>Går utover fritiden</p> <p>Går utover søvn</p> <p>De unges problemer blir våre problemer</p> <p>Systemet er ikke godt nok</p> <p>Viktig at vi fanger opp</p> <p>Mange som slutter</p> <p>Orker ikke jobben uten anerkjennelse</p> <p>Lederansvar</p> <p>Ansatte har den riktige kompetanse</p>

Selektiv koding skiller seg fra den første innledende kodingen, ved at man ikke lenger ser på enkelte ord eller avsnitt, men forsøker å fange betydningen av flere utsagn (Denscombe, 2014,

s.113). De innledende kodene ble tolket, vurdert og sammenlignet og ledet til et mindre antall mer fokuserte koder.

Tabell II. Eksempler på innledende koder og selektive koder

Innledende koder	Selektive koder
Jobber mer med helheten Annet kan komme til syne Styrt av pakkeforløpene Jobbe mer ambulant I deres miljø Hadde ikke trengt innleggelse Tar de ut av sammenhenger	Helhetlig arbeid Bakenforliggende årsaker Organisatoriske rammer -pakkeforløp Arenafleksibelt arbeid Psykososial tilnærming Organisatoriske rammer Psykososialt - helhetlig
Familedynamikk Faktorer som påvirker de unge i miljøet Jobbe psykososialt Mye bra, er flinke, mer av det Mer familie Mer planmessig Invitere familien i større grad, jobbe mer ambulant Ressurser Vanskelig å få til, nok folk på jobb Forankres i ledelsen Anerkjent Kjempe selv	Familieperspektiv Psykososialt – helhetlig- familieperspektiv Psykososialt Bli hørt Familieperspektivet Struktur – ledelse Arenafleksibelt – familieperspektiv Ressurser – ledelse Ressurser Ledelse – organisatoriske rammer Anerkjennelse – ledelse Bli hørt
Veiledning Enkelt veiledning og gruppe Systematisert Vi må bli hørt Klare holde den profesjonelle linja Det trengs anerkjennelse fra ledelsen Utvikling av kompetanse Må ha tid nok Folk orker å stå i så mye elendighet Går utover fritiden Går utover søvn De unges problemer blir våre problemer Systemet er ikke godt nok Viktig at vi fanger opp Mange som slutter Orker ikke jobben uten anerkjennelse Lederansvar Ansatte har den riktige kompetanse	Veiledning – behov -anerkjennelse Veiledning - behov – anerkjennelse Ledelse – Bli hørt Ledelse – bli hørt - veiledning Anerkjennelse – ledelse Kompetanse – ledelse-organisatoriske rammer Tid, påvirkning Bli hørt – behov- anerkjennelse Utbrent – veiledning – bli hørt Utbrent – veiledning – bli hørt Utbrent – veiledning – bli hørt Organisatoriske rammer –ledelse Organisatoriske rammer –ledelse- bli hørt Organisatoriske rammer –ledelse- bli hørt Anerkjennelse – bli hørt- påvirkning Ledelse – organisatoriske rammer Kompetanse-ledelse-påvirkning

Ved hjelp av komparativ analyse kategoriseres rådata, kodene blir konstant sammenlignet opp mot dataene, og mot ny data innsamlet spesifikt til formålet som generer teorier og konsepter som da er forankret i dataene (Denscombe, 2014, s. 114).

Tabell III. Eksempler på selektive koder og foreløpige kategorier

Selektive koder	Foreløpige kategorier
Bakenforliggende årsaker Psykososial tilnærming Arenafleksibelt arbeid Familieperspektiv Tid Ressurser	Psykososialt arbeid Familieperspektiv
Organisatoriske rammer Pakkeforløp Helhetlig arbeid	Biomedisin Diagnostisk kultur
Struktur Veiledning Behov Anerkjennelse Kompetanse Utbrent	Tverrfaglighet Betydning av miljøterapeuter Betydningen av god ledelse
Påvirkning Bli hørt ledelse Struktur	Organisering Ledelse

Å skulle sortere ulike svar i grupper eller emner viste seg å bli et omfattende stykke arbeid, men jo nærmere den kodede teksten var datamaterialet, jo lettere ble det å håndtere dem. For at det hele skulle bli oversiktlig ble de ulike kodenivåene visualisert. Det ble notert både likheter og ulikheter i margene på datamaterialet, det ble benyttet post-it lapper. I tillegg ble datamaterialet også skrevet ut, og markeringstusjer ble brukt i ulike farger for ulike kategorier. Fargekoder både på post-it lapper, markeringstusjer og på pc viste seg å være nyttig under kategoriseringsarbeidet.

Parallelt med kodingsprosessen pågikk det en prosess hvor det ble skrevet ned ideer, refleksjoner og sammenhenger som notater. Notater som det anbefales å ha en liten overskrift på for å lette sorterings- og analysearbeidet som følger i neste steg (Charmaz, 2006). Notatene mine inneholder mine tanker og ideer underveis i kodingsprosessen, og som jeg hadde når jeg forsøkte å frigjøre datamaterialet fra kodene for å finne ut hva de hadde for mening. Charmaz skriver: "Memo-writing is the pivotal intermediate step between data collection and writing drafts of papers. Memo-writing constitutes a crucial method in grounded theory because it prompts you to analyze your data and codes early in the reaserch prosess" (Charmaz, 2006, s.73).

Som en del av denne prosessen med notater vil man etterhvert forlate den direkte tilknytningen til datamaterialet, altså teksten fra transkriberingen, og i større grad arbeide med utgangspunkt i det analyserte, kodede materialet og i egne notater på veien mot å kunne utvikle konkrete kategorier (Charmaz, 2006). Charmaz skriver: "Categories expicate ideas,

events, or processes in your data - and do so in telling words. A category may subsume common themes and patterns in several codes” (Charmaz, 2006, s. 91).

#### **4.2.1 Metning**

En analyseprosess kan være uendelig og begrepet metning har blitt definert som et kriterium for å kunne fullføre behandlingen av datamateriale. Metning oppnås når innsamlingen av data ikke lenger kommer med nye teoretiske kategorier eller innsikt (Charmaz, 2006, s.113).

De åtte deltakerne i denne studien er ulike, de er fra tre ulike ungdomspsykiatriske døgnposter spredd rundt i Norge. Det var merkbare skifter med tydelig fokus på det å bli hørt, familieorientert behandling, diagnosefokus og miljøterapeutisk arbeid. Det vites selvsagt ikke hva som ville framkommet ved større datamateriale, men dette kan forstås som at utvalget av deltakere var tilstrekkelig til å gi grunnlag for videre arbeid. Selv ved temaer deltakerne hadde ulike erfaringer med, noen gode og andre dårlige, var det tydelig at det gjennomgående var de samme temaene som skapte engasjement. Jeg satt igjen med en følelse av at deltakerne selv snakket seg tomme, så om innsamlet data kanskje ikke fyller alle kriterier til metning, vurderer jeg det slik at de åtte deltakerne ga nok material til å få breddeinformasjon og til å belyse problemstillingen tilfredsstillende.

#### **4.2.2 Kategorisering**

Kategorier er ideen til en teori og det kan identifiseres to typer kategorier. En som forklarer hva som skjer, konstruert av forskeren. En som sammenfattes av forskeren, med merkelapper til bruk under prosessen og som kan gi forklaringer til atferd der det trengs (Hjälmhult et al., 2014, s.114). I denne studien har jeg benyttet meg av begge type kategorier, noe som forklares under kapittel 4.2 Koding og 4.3 Min rolle inn i analysen. Kjernekategori skal representere håndteringen av deltakernes hovedanliggende, hvordan hovedutfordringen tolkes og forklares. De fleste andre kategorier relaterer til kjernekategori (Hjälmhult et al., 2014, s. 114).

Etter det omfattende arbeidet med sorteringsarbeidet og de innledende analysene var det neste steg å forsøke finne mønstre i datamaterialet. Mønstre som kunne ta form som kategorier for å beskrive sammenhenger. Emnene ble undersøkt og kodene som var sortert under dem, på jakt etter koder, temaer og kontekster som var av særlig betydning i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene, slik Charmaz (2014) beskriver tilnærmingen. Denne jobben ble også betydelig, men på en annen måte. Her kom notatene til nytte, spesielt de som ble skrevet rundt intervjuene, for å se nærmere på og huske noen av de tankene som

da hadde dukket opp, betydningen av det hver enkelt deltaker hadde uttrykt. Perspektivet bør ligge hos deltakeren, og dette perspektivet kan bli truet av forskerens egen interesse. Det er derfor viktig å være observant på perspektivet deltakerne hadde, for å kunne oppdage hva som er der fra før og hva som kan komme ut av tolkningen av det. Dette sikrer også best mulig relevans av forskningen (Glaser, 2010).

De største emnegruppene fikk kategorinavn med tilhørende emner som passet til det som deltakerne hadde sagt, og dette ble da underkategorier. For å kunne formulere og konkludere kjernekategoriene, hovedkategoriene og underkategoriene ble alt datamaterialet gjennomgått på nytt. Valgene ble tatt etter gjennomgang av notater og utskrifter fra intervjuene. Dette ble også en fin mulighet til å få gått over datamaterialet på nytt, med litt tid mellom siden sist gang.

Kjernekategoriene, hovedkategoriene og de tilhørende underkategoriene ble funnet ved å jobbe med en rekke formuleringer som best kunne produsere innholdet i de innsamlede data. Etter tips fra tidligere studenter, ble det også laget en ordsky. Selv om dette kanskje kan betraktes som et metodeelement, ble det i denne studien kun benyttet for å kvalitetssikre at temaene var aktuelle. Jo større skrift det er på ordet, jo flere ganger ble det nevnt av deltakerne under intervjuene. Tallene ble funnet ved hjelp av program på word, da alle intervjuene ble transkribert inn på word-dokumenter. Med viten om at dette kanskje hører bedre hjemme under kvantitativ forskning, at essensen og betydningen av det som ble fortalt er her mer essensielt enn hyppigheten av ordene, bidro den til at jeg klarte å holde tråden når jeg var i tvil om hva hovedtemaene i intervjuene egentlig hadde vært, at ikke mine interesser overskygget deltakernes. Ordskyen er illustrert I Figur 1.



Figur I. Illustrasjon av ordsky

### 4.3 Min rolle inn i analysen

Noe jeg mener er av betydning å dele, er at inn i analyseringsprosessen hadde jeg med meg min erfaring fra arbeid i ungdomspsykiatrien, hvor det etter utfordrende arbeidsdager kunne snike seg inn tanker om at egen kunnskap og kompetanse ikke holdt mål eller var unyttig. På mindre stressende dager kunne det fremdeles komme utilfredsstillende tanker, men da kunne det handle mer om at min stemme ikke var betydningsfull nok til å gjøre en forskjell. Det kom overraskende på meg at så mange av deltakerne hadde lignende opplevelser, og at deres historier kom uten at jeg selv hadde uttrykt noe i den retningen. Dette syntes å komme på bane ved flere av temaene i studien, noe som førte til at jeg søkte etter forskning som kunne gi noen forklaringer. Det første og mest åpenbare, synes jeg selv, handlet å stå i utfordrende emosjonelt arbeid og om utbrenthet på jobb. Derfra gikk det videre til betydningen av å være inkludert i arbeidsprosesser til samarbeid, tverrfaglighet og dernest til ledelse. At slike utfordringer som deltakerne snakket om og som var kjent for meg fra før, kunne handle om emosjonelt arbeid, utbrenthet og ledelse var ikke overraskende. Derimot at det kunne handle om dårlig samarbeid og tverrfaglighet på grunn av enkelte profesjoners manglende kompetanse på område synes nå innlysende, men var ikke noe jeg hadde tenkt over eller hadde med meg inn i arbeidet med denne studien.

Noe annet jeg har tatt meg frihet til i analysen er at jeg ved flere tilfeller har ”oversatt” noe av det deltakerne har uttrykt til mine egne tolkninger. Som for eksempel var det kun et fåtall av deltakerne som brukte begrepet psykososialt arbeid. Mange av deltakerne snakket om helhetlig jobbing, om å ville hjelpe ungdommen i deres eget hjemmiljø for å få med seg forholdene de vanligvis levde under, hva som kan ha påvirket dem, om å ha tid til relasjonsarbeid for at de unge skulle bli trygge på dem for at de skulle våge fortelle deres historie som kanskje kunne være relevant. Dette er utsagn som jeg, med min forforståelse, har valgt å oppsummere ved å bruke beskrivelsen psykososialt arbeid.

Et annet eksempel er begrepet empowerment. Empowerment tenkning legger vekt på at individer skal ha rett til å velge hvordan de vil leve sitt eget liv. Det handler om å etablere motmakt, individorientert tilnærming og at pasienter bruker egne ressurser for å få makt og kontroll til å bestemme i eget liv. Fagpersoner skal ikke sitte med all kunnskap og komme med løsninger, men både pasienter og deres pårørende skal få mulighet til å bli hørt og delta i sin egen behandlingsprosess (Paulsberg, 2019, s. 351). Videre kan empowerment oversettes til styrking eller bemyndigelse og handler om at folk selv vet hva som er best for dem. Empowerment kan forstås som en del av brukermedvirkning ved at brukermedvirkning forutsetter empowerment. Pasienter i helsevesen skal være involvert og ha innflytelse på eget



tjenestetilbud, de skal være aktive aktører i egne behandlingsprosesser, noe som er lovfestede rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Så når for eksempel deltakerne snakket om savn etter mer fokus på de unges stemme inn i behandlingen, om ulik maktfordeling i møter med fagpersoner og de unge og om opplevelsen av at de unge ikke følte seg trygge nok til å våge si deres mening. Eller når snakket om brukermedvirkning generelt, så er det jeg som har oppsummert dette og det er min tolkning av dette som er grunnlaget for kategorien empowerment.

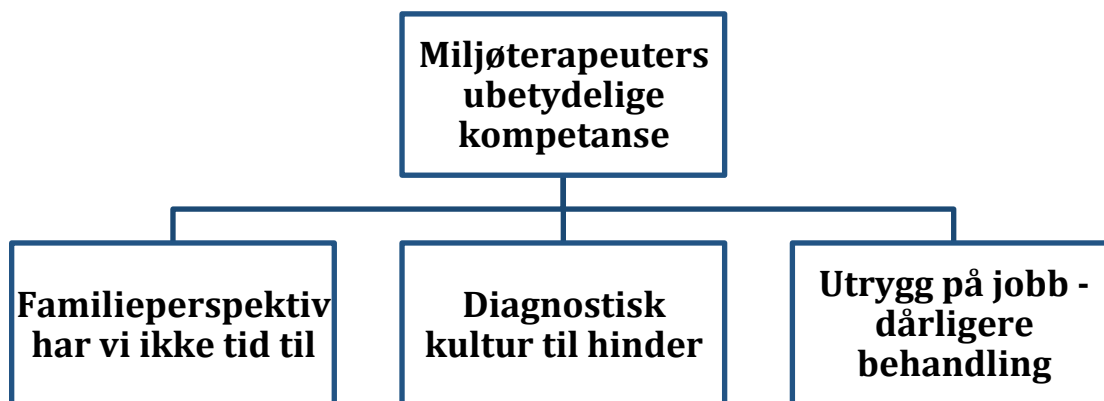
## 5.0 Resultater

Selv om det gjennom analyseringsprosessen dukket opp flere ulike muligheter, ble de tre følgende hovedkategoriene identifisert for å belyse viktige aspekter i datamaterialet:

- Familieperspektiv har vi ikke tid til
- Diagnostisk kultur til hinder
- Utrygg på jobb - dårligere behandling

De tre hovedkategoriene førte til identifiseringen av kjernekategori:

- Miljøterapeuters ubetydelige kompetanse



Figur II. Illustrasjon av de tre hovedkategoriene som førte til kjernekategori

Tabell IV. Illustrasjon av hovedkategorier, kategorier og underkategorier

Familieperspektiv har vi ikke tid til	Diagnostisk kultur til hinder	Utrygg på jobb – dårligere behandling
<p><b>”Vi får ikke nok tid sammen med ungdommene, og tid sammen må til for å bygge relasjon og tillitt”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tid</li> <li>- Relasjonelt arbeid</li> <li>- Ressurser</li> </ul>	<p><b>”Det forventes at vi skal jobbe med diagnosen”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biomedisinsk tradisjon</li> <li>- Diagnoser</li> <li>- Viktimisering</li> </ul>	<p><b>”Jeg er glad vi er en sammensveisa gjeng vi miljøterapeutene, vi tar vare på hverandre”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilstedeværende ledelse</li> <li>- Anerkjennelse</li> <li>- Omsorg</li> </ul>
<p><b>”Avdelingen vår er ikke tilrettelagt for å jobbe helhetlig, for ordentlig miljøterapeutisk arbeid”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psykososialt arbeid</li> <li>- Holistisk syn</li> <li>- Tverrfaglighet</li> </ul>	<p><b>”Behandlingen er så styrt av pakkeforløpene, da klarer vi ikke å jobbe med ungdommen der de er”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisatorisk Rammeverk</li> <li>- Pakkeforløp</li> <li>- Transdisiplin</li> <li>- Familie involvering</li> </ul>	<p><b>”Grusomme dager på jobb, jeg tenker på den ungdommen ennå”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debrief</li> <li>- Strukturerte samtaler</li> <li>- vold på jobb</li> <li>- Omsorgstrøtthet</li> </ul>
<p><b>””Vet ikke” er vel det mest vanlige svaret”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empowerment</li> <li>- Ungdommenes stemme</li> <li>- Familieperspektiv</li> </ul>		<p><b>”Å jobbe med utfordringer, nesten hver dag, som jeg ikke har kunnskap eller erfaring med, det føles ikke riktig”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kompetanseutvikling</li> </ul>

Det vil nå redegjøres for hvordan de tre hovedkategoriene ble til. Utvalgte sitat fra deltakerne vil synliggjøre det overordnede meningsinnholdet i kategoriene og støtter opp under de ulike underkategoriene. De utvalgte sitatene er ment å virke som en rød tråd mellom kategoriene, studiens forskningsspørsmål og problemstilling. Utvalget av utsagn er subjektive, det vil si at alle deltakerne ikke nødvendigvis vil være representert med like mange utsagt eller sitater, og noen sitater kan være et sammendrag av flere utsagn med samme betydning.

## 5.1 Hovedkategori 1: Familieperspektiv har vi ikke tid til

Denne hovedkategorien har sitt utspring fra en rekke referanser fra datamaterialet, kanskje særlig når deltakerne snakker om emnene som ble kodet for gruppene: ”Vi får ikke nok tid sammen med ungdommene, og tid sammen må til for å bygge relasjon og tillitt”, ”Avdelingen vår er ikke tilrettelagt for å jobbe helhetlig, for ordentlig miljøterapeutisk arbeid” og ””Vet ikke” er vel det mest vanlige svaret”. Både hovedkategorien og underkategorier kommer fra deltakernes utsagn og tanker fra flere av spørsmålene som ble stilt. Både fra spørsmål rundt ”ungdommenes behov for hjelp”, ”arbeide slik du mener er best” og ”ungdommens rettigheter”.

Tabell V. Kategorier, underkategorier og temaer fra hovedkategorien ”Familieperspektiv har vi ikke tid til”

”Vi får ikke nok tid sammen med ungdommene, og tid sammen må til for å bygge relasjon og tillitt”	”Avdelingen vår er ikke tilrettelagt for å jobbe helhetlig, for ordentlig miljøterapeutisk arbeid”	””Vet ikke” er vel det mest vanlige svaret”
<b>Tid</b> - Relasjonelt arbeid - Bli sett og hørt - Ungdoms narrativ - Bygge tillitt	<b>Psykososialt arbeid</b> - Å jobbe miljøterapeutisk - Se alle sammenhenger - Familiedeltakelse	<b>Empowerment</b> - Ungdommenes stemme - Tid til å bygge relasjoner, til at unge skal føle seg trygge - Mer fleksible møteplasser
<b>Ressurser</b> - Fleksibel arbeids arena - Involvering av familie, venner og skole - Nok ansatte på jobb		<b>Familieperspektiv</b> - Familiebehandling - Involvere hele familien - Ungdommen ute av sin kontekst - Innleggelser kunne vært unngått

En del av familieperspektivet er hvordan pakkeforløpene inkluderer foreldre og ungdommene, de skal ikke bare bli hørt i forhold til behandlingen, men deres synspunkter skal tas hensyn til. Når det kommer til ungdommenes rett til å bli hørt, mente deltakerne at det legges opp til møter nettopp til dette formålet, men at strukturen rundt møtene ikke er bra nok tilrettelagt for å få ungdom til å snakke, dele deres meninger. Deltakerne hadde noen eksempler hvor behandlere har brutt med den tradisjonelle møtestrukturen på kontoret, og heller gått en tur sammen med ungdommen, spilt spill og lignende. Dessverre rapporterer de at det tilhører sjeldenheten, som oftest er møtene med ungdommen inne på et kontor, og ofte med flere voksne tilstede.

”Jeg tror det er mange ungdommer som ikke tør si det de mener og føler i møtene, og ”jeg vet ikke” er vel det mest hørte svaret” (Informant en).

”I møter med behandlere og andre voksne blir ofte ting bestemt over hodene på de unge, og de er egentlig ikke enige i det hele tatt. Det vet jeg og mange med meg, fordi ofte så får vi miljøterapeutene høre det fra ungdommene i etterkant av møtene, at ”det og det” liker de ikke, de er ikke enige og vil ”det” kanskje ikke”. (Informant fem).

Begge sitatene over viser at det ikke tas nok hensyn til de unge og at det ikke tilrettelegges godt nok for dem til å føle seg trygge på å få sin stemme hørt. Både ved at det hyppig blir svart ”vet ikke” og at de har erfaring med at ungdommen i etterkant, på tomannshånd med den de har god relasjon med, forteller hva de er enige i og ikke. Det kan være saker av

alvorlig art som besluttes i slike møter og det at ungdommene da ikke tør løfte sin stemme er bekymringsfullt. Sitatet under beskriver hvor frustrerende det kan være, og er tatt med her for å vise hvor inngripende og alvorlige konsekvenser det kan gi:

”Jeg har flere eksempler på at det rett i etterkant av slike møter kommer voldsomme utageringer. Mange av de unge føler seg overkjørt eller misforstått og blir veldig frustrert. Mange som klikker da” (Informant syv).

Deltakerne nevnte flere ganger utfordringene de hadde med tidspress, ikke ha nok tid til å utføre det arbeidet de mente de var satt til og eller det arbeidet de mente det var behov for. Sitatene under passer godt her da de begge tydeliggjør behovet for mer tid, samt at de knytter det sammen med ønsket om å jobbe mer helhetlig, ser behovet av å kunne involvere familien til ungdommene:

”Ofte ser vi at familiedynamikken ikke fungerer optimalt, og vi har både kunnskapen og verktøyene som må til for å hjelpe med nettopp det, men det er sjelden vi får satt av tid og ressurser til å faktisk ta det i bruk. Trist at det skal være sånn i rike Norge, og kjipt for en selv også, å ikke få brukt den kunnskapen vi har jobbet for”. (Informant fire)

”Vi får ikke nok tid til å være sammen med ungdommene, og tid sammen må ofte til for å bygge relasjon og tillitt. Spesielt i det siste, med pandemien og det ekstra arbeidet det har medført, det har vært lite tid, alt for lite ressurser. Det er bare ikke riktig, å prøve hjelpe disse ungdommene uten å involvere hele familien. Det også på grunn av manglende tid”. (Informant åtte)

Deltakerne, miljøterapeutene skal også jobbe arenafleksibelt ved behov. De uttrykker frustrasjon i forhold til at det ville vært mer passende å hjelpe mange av ungdommen i deres eget trygge miljø sammen med familien. Alle deltakerne mente at ungdommene har utfordringer de trenger en pause fra, men at mange av innleggelsene kunne vært unngått hvis de kunne fått hjelpen de trenger i egne hjem. Hjelp med utfordringer der de faktisk har utfordringene og ikke ta ungdommene ut av kontekst. Denne uttrykte frustrasjonen kommer tydelig fram ettersom mange av deltakerne mener de har både kunnskap og lyst til å jobbe arenafleksibelt, men blir hindret av for lite folk på jobb, mangel på ressurser og den konstante utfordringen med tid: Utsagnene under viser igjen hvordan deltakerne ønsker å jobbe helhetlig

og psykososialt, at de tenker det er et behov, men at det ikke er tilrettelagt for det. Sitatet lenger opp fra Informant 4 passer like godt inn her og deles derfor igjen:

”Ofte ser vi at familiedynamikken ikke fungerer optimalt, og vi har både kunnskapen og verktøyene som må til for å hjelpe med nettopp det, men det er sjelden vi får satt av tid og ressurser til å faktisk ta det i bruk. Trist at det skal være sånn i rike Norge, og kjipt for en selv også, å ikke få brukt den kunnskapen vi har jobbet for”. (Informant fire)

”Å få jobbe med familien som en helhet, dele erfaringer, det er noe jeg brenner for og synes vi gjør alt for lite av det. I veldig generelle termer er dette kanskje der jeg tror behovet for hjelp ligger” (Informant fire).

”Sykehusavdelingen vår er ikke tilrettelagt for å jobbe helhetlig, for ordentlig miljøterapeutisk arbeid i sin helhet, for psykososialt arbeid. Det viktigste for ungdom er deres ønske om å fungere blant venner. Vi mister verdifull informasjon når vi tar dem ut av kontekst, så jeg skulle ønske vi hadde mulighet til å jobbe med dem hjemme, der de bor”. (Satt sammen fra Informant to og syv)

Kategorien *Familieperspektiv har vi ikke tid til* kommer fra deltakernes frustrasjon over at de har kunnskap om betydningen av å jobbe helhetlig, å ha en psykososial tilnærming. Det kan synes som at grunnen til at familieperspektivet forsvinner litt handler om flere ting. Deltakerne sier de ikke har nok tid eller ressurser og at brukervedvirkning glipper, noe som kan grunne i de organisatoriske rammene som er det neste kategori tar for seg.

## **5.2 Hovedkategori 2: Diagnostisk kultur til hinder**

Denne hovedkategorien er en påstand som naturlig nok kommer tydeligst fram når deltakerne snakker om det som er kodet under temaene ”Det forventes at vi skal jobbe med diagnosen” og ”Behandlingen er så styrt av pakkeforløpene, da klarer vi ikke å jobbe med ungdommen der de er” Temaene utspiller seg hovedsakelig fra når deltakerne ble spurt om hvordan arbeidsplassen var tilrettelagt for den type arbeid de mente det er behov for, og om pakkeforløp, men noen av deltakerne brakte også disse temaene opp under spørsmål rundt ungdommenes behov for hjelp, ungdommenes rett til å bli hørt og om familieorientering.

Tabell VI. Kategoriene ”Det forventes at vi skal jobbe med diagnosen” og ”Behandlingen er så styrt av pakkeforløpene, da klarer vi ikke å jobbe med ungdommen der de er” med underkategorier og tilhørende temaer

”Det forventes at vi skal jobbe med diagnosen”	”Behandlingen er så styrt av pakkeforløpene, da klarer vi ikke å jobbe med ungdommen der de er”
<p><b>Biomedisinsk tradisjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnoser</li> <li>- Etisk utfordrende arbeid</li> <li>- Underliggende årsaker</li> </ul>	<p><b>Organisatorisk rammeverk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pakkeforløp</li> <li>- For liten tid med ungdommen</li> <li>- Konflikt mellom ambisjoner og rammeverk til hinder</li> </ul>
<p><b>Det er mange familieutfordringer vi ikke får tak i</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Involvere miljøet de lever i, hjem og skole</li> <li>- Mister familiedynamikk ved innleggelse</li> <li>- Årsak til atferd</li> <li>- Jobbe mer holistisk, fange konteksten</li> </ul>	<p><b>Tverrfaglighet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anerkjennelse av profesjoner</li> <li>- Hierarki</li> <li>- Jobbe arenaflexibelt</li> </ul>

Under intervjuene uttrykker deltakerne frustrasjon over å måtte følge pakkeforløpene diagnostiske behandling, selv når de gjennom samtaler med ungdommene avdekker overgrep eller nye utfordringer enn det ungdommene ble innlagt i psykiatrien for. Det å forstå ungdommenes verden og deres erfaringer blir rapportert av deltakerne som av betydning når de beskriver hvordan de ønsker, og forsøker å møte ungdommene med en psykososial tilnærming. Imidlertid er det frustrasjon som uttrykkes på grunn av svært hektiske tider, spesielt siste to - tre årene, og de mener de ikke får tilbragt nok tid sammen med ungdommene for å få skapt tillitt og bygget gode relasjoner.

Pakkeforløpene diagnostiske behandlingsfokus gir lite rom og fleksibilitet til å påvirke behandlingsforløpet. Flere av deltakerne tar opp eksempler de har erfart rundt ungdom diagnostisert med spiseforstyrrelsen anoreksi. Pakkeforløp for spiseforstyrrelser har en bestemt retning som består av nøyaktig beregning av ernæring, måltidsplan, måltidsstøtte og ukentlig målinger av ungdommens vekt og progresjon. Når miljøterapeutene som jobber nærmest ungdommen etterhvert blir bedre kjent med dem, hender det at ungdommene betror seg til dem om andre problemer og utfordringer enn det de er innlagt for.

For eksempel sier flere av deltakerne at de iblant kjenner igjen symptomer på autisme, eller at de iblant mistenker at det kan være vold og eller seksuelle overgrep som ligger bak den utfordrende spiseforstyrrelsen. Selv når ungdommer betror seg om seksuelle overgrep, eller at det blir kjent at det finnes tilfeller i familien med autisme, så fortsetter ofte behandlingen å følge pakkeforløpet for den diagnosen de ble innlagt for. Sitatene under er valgt ut fordi de så tydelig setter ord på det som er beskrevet over, i tillegg er det alvorlige utsagn som beskriver noe jeg vil betegne som nye krenkelser av de unge. Det at deltakerne har det fælt og vondt, ikke klarer stå inne for jobben sin, altså hjelpen som gis er ikke bare

alvorlig for ungdommene men også for miljøterapeutene:

”Vi jobber veldig stykkevis med ungdommene vil jeg si, mye er nok på grunn av pakkeforløpene, for underveis kan andre ting komme frem, men behandlingen er så styrt av pakkeforløpet og det gjør at vi ikke klarer å jobbe med ungdommen der de er”.  
(Informant to)

”Mange av ungdommene har vært gjennom flere krenkelser, de har ikke blitt sett eller hørt. Det er så mye de trenger, men det er fryktelig stort fokus på diagnoser. Altså det kan være viktig og riktig det og, for diagnoser kan utløse rettigheter, men alt for ofte sitter jeg med en følelse av at det er mange familieutfordringer vi ikke får tak i, eller tar tak i. Da forventes det liksom at vi skal jobbe med diagnosen, altså med selve ungdommen. Det synes jeg er vanskelig når jeg vet at det er andre bakenforliggende ting som plager dem. Slike dager klarer jeg ikke stå inne for behandlingen vi gir, og det er så fælt, føles så vondt”. (Satt sammen fra informant tre, fire og åtte)

”Vi er jo en gruppe med bred tverrfaglighet, men jeg savner at det faktisk betyr noe i arbeidshverdagen. Jeg får jo ingen spesielle oppgaver som passer til min utdannelse, og jeg må gjøre oppgaver som kollegaer med andre profesjoner nok ville kunnet gjøre bedre”.  
(Informant seks)

Deltakerne gir uttrykk for at tverrfagligheten er nokså tilfeldig og individuell, mye på grunn av manglende prosedyrer for å sørge for tverrfaglighet. Det kan synes som at det er opp til hver enkelt hvor hardt de er villig til å kjempe for å bli hørt, og hvor trygg de føler seg til å gjennomføre det. De som kjemper kan kanskje bli hørt, men det er heller ikke bare opp til miljøterapeutene men også opp til den enkelte behandler og ikke minst ledelsen. Generelt synes deltakerne at de har lite påvirkning i behandlingen og over det eksisterende hierarkiet, noe de mener kan være til hinder for tverrfagligheten. Sitatene i denne kategorien viser at diagnoser har stort fokus i behandlingen av de unge, noe som frustrerer deltakerne da de har kunnskap og erfaring med at symptomer kan dekke over bakenforliggende årsaker. Det kan forstås som at det deltakerne forteller om, handler om sterk biomedisinsk kultur og et mangelfullt tverrfaglig samarbeid ved sykehuspostene. Å jobbe under forhold hvor man ikke blir lyttet til, og måtte utføre arbeidsoppgaver man ikke vil gå god for, er noe av det som tas opp under neste kategori.



### 5.3 Hovedkategori 3: Utrygg på jobb – dårligere behandling

Deltakernes beskrivelser avslører at de har en ganske tøff jobb, både fysisk og psykisk, hvor de er tydelige på at de har ulike behov knyttet til den jobben. De er ikke bare tydelige på hva det er de har behov for, men også hvilke konsekvenser det medfører hvis behovene ikke blir møtt. Denne hovedkategorien har sitt utspring fra en rekke referanser fra datamaterialet hvor deres syn uttrykkes i deler av datamaterialet kodet som ”Jeg er glad vi er en sammensveisa gjeng vi miljøterapeutene, vi tar vare på hverandre”, ”Å jobbe med saker nesten hver dag som jeg ikke har kunnskap eller erfaring med, det føles ikke riktig” og ”Grusomme dager på jobb, jeg tenker på den ungdommen ennå”.

Tabell VII. Kategoriene ”Jeg er glad vi er en sammensveisa gjeng vi miljøterapeutene, vi tar vare på hverandre”, ”Å jobbe med saker nesten hver dag som jeg ikke har kunnskap eller erfaring med, det føles ikke riktig” og ”Grusomme dager på jobb, jeg tenker på den ungdommen ennå” med tilhørende underkategorier og temaer

”Jeg er glad vi er en sammensveisa gjeng vi miljøterapeutene, vi tar vare på hverandre”	”Å jobbe med saker nesten hver dag som jeg ikke har kunnskap eller erfaring med, det føles ikke riktig”	”Grusomme dager på jobb, jeg tenker på den ungdommen ennå”
<p><b>Tilstedeværende ledelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anerkjennelse</li> <li>- Å legge til rette for det nødvendige arbeidet</li> <li>- Meningsfullt arbeid</li> <li>-Ledelse som kjenner de ansatte, deres svakheter og styrker</li> </ul> <p><b>Omsorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respekt</li> <li>- Trygghet på jobb</li> <li>-Tilstedeværelse, lytte og handling</li> <li>- Følelse av betydning</li> </ul>	<p><b>Kompetanseutvikling</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesjonell utvikling</li> <li>-Å bli verdsatt</li> <li>- Personlig utvikling</li> <li>- Trygghet og velbehag</li> </ul> <p><b>Trygt arbeidsmiljø-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Føle seg trygg på jobb</li> <li>- Ledelsesansvar</li> <li>- Nok personell</li> <li>- Helsefremmende arbeidsmiljø</li> <li>- Ansatte med riktig og nok kompetanse</li> </ul>	<p><b>Debrief</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strukturerte samtaler</li> <li>- Planlagte og regelmessige</li> <li>- Dele vanskelige opplevelser</li> <li>- Profesjonell veiledning</li> <li>- Bearbeide voldelige hendelser</li> <li>- Individuelle- og gruppesamtaler</li> </ul> <p><b>Compassion fatigue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nok søvn</li> <li>- Utføre godt nok arbeid</li> <li>- Leve ut ambisjoner</li> <li>- Unngå sykefravær</li> </ul>

Deltakerne uttrykker savn etter anerkjennelse av individuelle styrker og kompetanse, følelsen av å bety noe, at riktig og nok kompetanse er av betydning, at de får levd ut sine ambisjoner. Alle deltakerne mener at de i deres yrke er utsatt for mange voldsomme inntrykk og voldelige episoder, noe som utløser behov for både debrief og veiledning. Mange sier det er utfordrende når de må utføre oppgaver som strider i mot deres egen viten, deres egne moralske og etiske overbevisning. Samt når de må utøve tvang. Enda mer utfordrende når det er andre enn dem selv som bestemmer behovet for tvang, som de må være med på å utøve, til tross for at de ikke er enige i beslutningen om tvangsbruken. Noen av deltakerne sier de iblant spør seg selv hva det er de driver med og hvorfor de gidder. De rapporterer behov fra en mer

tydelig tilstedeværende ledelse, i tillegg til kompetanseutvikling. De uttrykker at det kan være avgjørende for sykefravær, og i forhold til å hindre at dyktige kollegaer slutter, som igjen vil påvirke stabiliteten for personalet. Utsagnene nedenfor er valgt ut da de beskriver dette godt og forståelig:

”Altså det er jo et faktum det at man her på huset videreutdanner seg kun for å få høyere lønn. Spiller jo ikke inn på arbeidsoppgavene. Klart at det er jo lite motiverende at de/vi med både erfaring, flere videreutdanninger og relevant master ikke får andre arbeidsoppgaver overhodet. Her kan det komme nyutdannede tre-årige, rett fra skolen, som blir satt til akkurat samme ansvar og arbeid som oss/de med lang erfaring og videreutdanning”. (Satt sammen fra informant en, seks og åtte)

”Hvis vi hadde fått god debrief på jobb så ville det nok vært lettere å ikke ta det med seg hjem. Det er hendelser hvor jeg tenker at dette kunne vi løst på en bedre måte, kunne vært gjort på en annen måte og da tenker jeg mye på det hjemme, alene, i stedet for at vi utveksler erfaringene på jobb da, og lærer av hverandre”. (Informant en)

”Dager jeg ikke kan stå inne for behandlingen vi gir, det er så fælt, føles så vondt. Vi er mange som har sagt ifra opp gjennom, om tiltak som vi miljøterapeuter må utføre etter behandlers ordre, men som vi mener er både etisk og moralsk forkastelig. Hjelper ikke det, blir bare at man gruer seg for å gå på jobb. Jeg nektet å utføre en tvangs-behandling en gang, ja det var vel flere som hang seg på, men det endte bare med at vi ble beordret til å gjennomføre det. Grusomme dager på jobb, tenker på den ungdommen ennå”. (Satt sammen fra informant tre og åtte)

”Vi blir vist lite omsorg på jobb, får ikke omsorg liksom. Jeg er så glad vi er en så sammensveisa gjeng vi miljøterapeutene, vi tar vare på hverandre, men det er klart, vi er jo i de samme situasjonene og vi trenger nok alle bedre ivaretagelse. Vi kan jo bli både spyttet på, slått og kloret på jobb, også kan det bli litt tull og latter av det på personalrommet. Men kjenner jo at det blir tungt etter hvert. Har mye hodepine, og orker mindre når jeg kommer hjem”. (Informant fem)

”Det må bli satt i system, vi trenger mer systematisk veiledning og debrief hvis ikke mister vi folk. Man utvikler omsorgstrøtthet, mister profesjonaliteten, også utfører vi en dårlig

jobb. Vanlige folk, det er jo det vi er, er ikke sterke nok og skal ikke være det heller, til å stå i så mye elendighet, det påvirker fritiden vår og søvnen, har mistet mye nattesøvn jeg opp igjennom”. (Informant to)

Selv deltakere som føler de får bra oppfølging uttrykker viktigheten av dette:

”Hadde vi ikke fått debrief etter utageringer, og etter å ha vært utsatt for vold, hadde jeg ikke klart denne jobben. Det betyr alt med god oppfølging, for selv da så tar vi jo med oss jobben hjem. Har hatt en del søvnløse netter ja”. (Informant syv)

Kunnskap er også noe deltakerne bekymrer seg over, de har et ønske om å tilegne seg mer kompetanse for å holde seg faglig oppdaterte. De hevder at det å ha nok og ikke minst den riktige, relevante kunnskapen ville gjøre de mer trygge på arbeidet de utfører. Dette emnet er også noe som kommer opp når deltakerne snakker om utfordringer rundt tryggheten på arbeidsplassene, at hvis de visste at kollegaene deres hadde den riktige kompetansen og erfaringene i visse situasjoner, så ville det gjort at de hadde følt seg tryggere på jobb. Videre uttrykker deltakerne et behov for at arbeidet må være meningsfullt for dem, hvor utfordrende de synes det er å måtte utføre arbeidsoppgaver som strider i mot egen overbevisning, men ikke bli lyttet til. Mange av deltakerne hevder de selv har kompetansen til å kunne utføre en god og forsvarlig jobb, men at de mangler ressurser til å gjennomføre det. Sitatene under er valgt ut fordi de på ulikt vis både uttrykker viktigheten av god nok kompetanse for å utføre jobben, men også for å skape et trygt arbeidsmiljø for alle.

”Å jobbe med saker nesten hver dag som jeg egentlig ikke har noe kunnskap eller erfaring med, ja det føles ikke riktig. Jeg kommer jo til kort, også i det å skulle hjelpe de pårørende da, går hjem fra jobben med en vond følelse da”. (Informant tre)

”Vi har både kunnskapen og verktøyene som må til for å hjelpe, men det er sjelden vi får satt av tid og ressurser til å faktisk ta det i bruk” (Informant fire).

”Trenger en ledelse som sørger for at det er folk med bra nok kompetanse på jobb, det hender jeg gruer meg til å gå på jobb hvis jeg vet at det ikke er kollegaer der med nok kompetanse, eller som ikke har den tyngden som trengs da, for at vi skal være trygge. Holder ikke at man har den riktige utdannelsen, personlig egnethet er vel så viktig”. (Informant fem)

Gjennomgående i denne kategorien, som beskriver behov deltakerne har får å stå i jobben, og for å klare og utføre en god og forsvarlig jobb med ungdommene, er betydningen av god ledelse. Ledere som er tilstede, som både kjenner og nyttiggjør seg av personalets styrker og svakheter og som kan vise dem oppriktig interesse og omsorg. En tilstedeværende og lyttende ledelse.

## 6.0 Drøfting av kategoriene

Denne studiens formål var å utforske miljøterapeuter, som arbeider i ungdomspsykiatriske døgnposter, om deres tanker og erfaringer rundt egen kunnskap og kompetanse, og i hvilken grad det blir brukt som en ressurs i behandling av ungdom innlagt i psykiatrien. Hva slags hjelp de mener de sårbare innlagte ungdommene er i behov av. Ungdommers psykisk helsehjelp i relasjon til miljøterapeutenes profesjonelle rolle og i relasjon til de organisatoriske rammene de jobber under.

Ved hjelp av semi-strukturerte intervju som ble analysert etter metoden GT, ble det identifisert tre hovedkategorier. Etter at de tre hovedkategoriene var funnet, ble det raskt klart at kjernekategoriene kom til å dreie seg om miljøterapeutenes stemme, om deres kunnskap, deres tilsynelatende usynlige kompetanse. På bakgrunn av deltakernes historier, deres ønske om å bli lyttet til, at deres verdifulle kunnskap kunne være til nytte for ungdommene.

Ønsket om mer fokus på deres kunnskap og erfaringer kommer fram under alle hovedkategoriene. I den første hovedkategorien *Familieperspektiv har vi ikke tid til* kommer det for eksempel fram i underkategoriene og temaene *tid til å bygge relasjon, innleggelses kunne vært unngått og ungdommenes stemme*. I hovedkategori nummer to *diagnostisk kultur til hinder* kommer det fram i underkategoriene og temaer om behovet deres for å oppdage og jobbe med *underliggende årsaker* til atferden, jobbe mer *holistisk*, behovet de ser for å jobbe mer med å *involvere miljøet de lever i, hjem og skole*, utfordringer med opplevelse av *hierarki og igjen for liten tid med ungdommen*. I hovedkategori tre *utrygg på jobb – dårligere behandling* kommer det fram under behovet for *meningsfullt arbeid, anerkjennelse, trygghet på jobb*, ønsket om *profesjonell veiledning og å legge til rette for det nødvendige arbeidet*. Dette ledet til kjernekategoriene *Miljøterapeuters ubetydelige kompetanse*.

### 6.1 Familieperspektiv har vi ikke tid til

Hovedkategorien *Familieperspektiv har vi ikke tid til* har de tre underkategoriene ”Vi får ikke nok tid sammen med ungdommene, og tid sammen må til for å bygge relasjon og tillitt”, ”Avdelingen vår er ikke tilrettelagt for å jobbe helhetlig, for ordentlig miljøterapeutisk arbeid” og ”Vet ikke” er vel det mest vanlige svaret”.

Deltakerne er ansatt for å jobbe miljøterapeutisk med de inneliggende ungdommene, og i det ligger det at de skal jobbe for å skape muligheter for de unge til å kunne jobbe med endrings- og utviklingsprosesser (Larsen, 2022, s. 67). Miljøterapi handler om å inkludere familien, se på den med sine muligheter og begrensninger, se på foreldre som samarbeidspartnere (Larsen, 2022, s. 161).

Deltakerne mener at deres erfaringer tilsier at en del av ungdommene ikke hadde vært i behov av innleggelse om det var bedre tilrettelagt for en psykososial tilnærming og at de faktisk hadde fått ressurser nok til å kunne jobbe mer arenafleksibelt. Deltakerne forteller at det på arbeidsplassene deres er det beskrevet at de utfører arenafleksibelt arbeid. Ofte er begrepet arenafleksibelt brukt, men det kan også omtales som ambulante tjenester eller bli beskrevet at det gis behandling både i avdeling og i hjem. Dette er beskrevet både på arbeidsplassenes hjemmesider og i stillingsannonser når det utlyses nye stillinger på deltakernes arbeidsplass.

Med arenafleksibelt arbeid innen psykisk helsearbeid for barn og unge, menes det at behandlingen vil utføres både hjemme, på skolen, på sykehuset og andre steder det blir enighet om (Olkowska, 2012). Bak arenafleksibelt arbeid ligger det et ønske om å forbedre situasjonen for mennesker med psykiske lidelser. Det handler om kunnskapen på manglende effekt ved innleggelse og en sterk tro på betydningen og behovet for å sørge for at barn og unge mottar hjelp i deres ordinære livssituasjon, der de har tilhørighet. Det handler videre om et ønske om å utvikle mer humane tjenester forankret i et helhetlig menneskesyn, hvor man ønsker å se mennesker i en kontekst, i deres naturlige sammenheng (Olkowska, 2012).

Det å jobbe arenafleksibelt som handler altså om å jobbe i flere miljø enn bare i døgnposten, for eksempel i ungdommens hjem, skole med mer. Deltakerne mente at de ved innleggelse av ungdommer mister den sentrale familiedynamikken. Mennesker skal jo forstås som komplekse hvor alle delene påvirker hverandre. Utfordringer relatert til en, eller flere av delene vil påvirke hverandre (Vaglum, 2017). Som tidligere i oppgaven tolkes beskrivelser av psykososialt arbeid og miljøterapeutisk arbeid som at de går hånd i hånd og begge ønsker mer helhetlig tilnærming. Deltakerne rapporterer at de ønsker å jobbe med en målrettet og bevisst tilnærming, hvor ungdommens erfaringer, situasjon og ressurser ligger til grunn. De ønsker å trygge ungdom på at de blir lyttet til og at deres historie ikke bare blir tatt i betraktning i behandlingen, men inkludert som en viktig del av arbeidet.

Tid, eller mangelen på tid, er også en utfordring alle deltakerne rapporterer hyppig om. Deltakerne fortalte at de sjelden har tid nok til å bygge gode relasjoner, veilede familien eller til å involvere skole og venner. Det blir ikke satt inn nok ressurser til at de får jobbet arenafleksibelt. De skulle så gjerne fått observert ungdommen i sitt naturlige miljø, og fått involvert familien. Deltakerne har stort ønske om å få gjøre godt miljøterapeutisk arbeid, og flere mener de også har kunnskapen som skal til. De har ikke engang nok tid til å være sammen med ungdommene tilstrekkelig, for å klare å skape trygghet og gode relasjoner. Dette stemmer ifølge Vaglum (2017) som hevder det systematiske samarbeidet med familiene, og

innsatsen for å endre en uholdbar livssituasjon har blitt svekket de senere årene. Også foreldrene til sårbare unge sier at barn og ungdoms psykiske lidelser rammer hele familien, samtidig som de mener at også løsningen ligger i familien, ikke bare hos den enkelte unge (Barneombudet, 2020, s. 37). Barn og unge trenger tid ifølge Barneombudets rapport (2020), hvor barn og unge som har mottatt god hjelp for sine psykiske utfordringer sier at et godt forhold til terapeuten er viktig for dem. De trenger nok tid til å bli kjent, fordi det tar tid for unge mennesker å bli trygge nok på de voksne til å kunne snakke om vanskeligheter, i tillegg til at de ønsker andre arenaer å snakke på enn kontorer (Barneombudet, 2020).

Mange av deltakerne uttrykte det som er diskutert ovenfor, et for stort fokus på diagnoser. Med det ensidige fokuset går de glipp av hele bildet. Deltakerne ønsker å bruke mer tid sammen med ungdommene, til å skape gode relasjoner, bygge tillit, for å bli godt kjent med ungdommene og hvem de er bak diagnosene. Dette er et behov som også ungdommer selv beskriver (Langaard, 2018). Ungdom etterlyser et følelsesmessig engasjement fra personalet, der fagfolkene viser dem omsorg og lar dem forstå at de unge er viktige. Å forstå ungdommen handler også om profesjonell omsorg og å involvere seg på en følelsesmessig men profesjonell måte. Det er av betydning at de unge føler seg trygge, fordi det kan bidra til at de tør å snakke om tanker og følelser som de kanskje aldri har delt med andre (Langaard, 2018).

Deltakerne rapporterer imidlertid at det ikke bare er mangel på tid, men at de fleste samarbeidsmøter med de unge blir holdt på kontorer og oftest med flere voksne tilstede. I tillegg mente flesteparten av deltakerne at til tross for at det blir tilrettelagt for at ungdommene skal være med på møter, hvor de skal bli hørt og ha sitt å si om behandlingen, så blir ikke strukturen på møtene tilrettelagt ungdommenes behov. Man kan jo da diskutere hva det egentlig betyr å være delaktig. Holder det at ungdommen blir invitert med på møtene, er det da tilrettelagt for delaktighet? Er det delaktighet uavhengig om ungdommen forholder seg passiv eller aktiv? Hvilke muligheter bør voksne gi barn og unge for at de skal være aktive deltakere i beslutninger i deres eget liv? Hvordan kan profesjonelle tilrettelegge for at de unges stemme skal komme fram (Gulbrandsen & Ulvik, 2008)? Alle barn og unge har rett til å påvirke sin egen hverdag, rett til å delta og påvirke sitt eget miljø både lokalt og regionalt (Regjeringen, 2019). Dersom det kan bli en felles forståelse på å fokuseres på barn og unges ønsker og behov for hjelp, heller enn deres utfordringer og problemer, så vil det kunne føre til økt deltakelse av barn og unge, til at de kan føle seg som aktive deltakere (Socialstyrelsen, 2013). Retten til å delta er en viktig rettighet, og behandlingen i psykisk helsevern for barn og unge bør utformes i samarbeid med den unge og familien. Individuelt tilpasset ungdommen

og familiens ressurser, ønsker og behov (Barneombudet, 2020). Dette er også i tråd med pakkeforløpet for psykisk helse for barn og unge, at foreldre som oftest er deltakende under utredning og behandling (Helsedirektoratet, 2021).

I Sintef sin første rapport om pakkeforløpene i psykisk helsevern sier 75% av de spurte at pakkeforløpene ikke har hjulpet på brukertilfredshet og brukermedvirkning, og behandlere er mer kritiske enn ledere og forløpskoordinatorer. Brukerne er ikke spurt og kun 40% av behandlerne sier de bruker feedback verktøyet, 33% bruker det i liten grad og 24% bruker det ikke. Videre svarer 78% at pakkeforløpene ikke har påvirket tiden de bruker på samhandling med kommunene, 13% sier de bruker mer tid mens 10% sier de bruker mindre tid på samhandling (Ådnes et al., 2020, s. 29, 34, 41).

Sintef sin rapport om pakkeforløp fra 2021 viser at behandlere i psykisk helsevern sjelden involverer brukerne i behandlingsplanen og at mange av brukerne ikke engang visste at de hadde en behandlingsplan. Når det kommer til sammenhengende og koordinerte forløp rapporteres det mangler på informasjonsflyt mellom tjenester og enheter. Brukeren må stadig informere de involverte og selv være koordinator (Ådnes et al., 2021, s. 53, 76, 95).

Pakkeforløp skal både startes og avsluttes i kommunen, men en del fagfolk forstår det som at pakkeforløpene ligger under spesialisthelsetjenesten, noe som kan være til hinder om målet med økt samhandling. Når det kommer til tidsbruk mener noen brukere at det er et press på tid som de opplever som stress for at de skal bli fort friske, men som heller gjør dem dårligere. Dette tidspresset støttes av fagfolk som mener tidspresset har vært der lenge, men at det har økt med pakkeforløpene (Ådnes et al., 2021, s. 53, 76, 95).

Deltakernes erfaringer rundt lite fokus og manglende tilrettelegging for brukermedvirkning og for at de unge skal bli hørt, støttes av funnene i Sintef sine rapporter som viser at rapporteringsverktøy for brukerne i liten grad blir brukt. At behandlerne sjelden involverer brukerne i behandlingsplanen, og at brukerne selv må sørge for informasjonsflyt og fungere som koordinatore. Dette strider mot barn og unges rettigheter om å bli hørt samt de unges og deres pårørendes rettighet til brukermedvirkning.

Det at familieperspektivet, hvor både barn, unge og deres omsorgspersoner, er av betydning også i pakkeforløpene handler om empowerment, altså brukermedvirkning. Empowerment i psykososialt arbeid handler om å legge til rette for at brukernes stemme blir hørt, for å ivareta deres interesse. Empowerment ved å jobbe for brukernes evne til å kontrollere eget ditt, deres evne til å ta beslutninger for å forbedre egen helse, ettersom mangel på kontroll øker risikoen for psykiske og fysiske sykdommer (Marmot, 2016, s. 44-47). Aktiv reell brukermedvirkning forutsetter kompetanse og evne hos personalet til å kunne



skille på egne og andres problemer og interesser, samt faginsikt. I tillegg til at ledere delegerer myndighet til personalet for å kunne ta beslutninger i samarbeid med brukerne. Det forutsetter også en bevisst holdning til egen rolle som profesjonell, og innsikt i og en bevissthet om at maktforholdet mellom bruker og personal ikke er likestilt, men skape gode relasjoner for å trygge brukere på at man vil det beste for dem (Sigstad, 2004).

Hovedkategorien *Familieperspektiv har vi ikke tid til* med sine underkategorier, viser at dette ikke bare er beskrevne viktige momenter og rettigheter, men at det også er av betydning for deltakerne. Slik de rapporterer det kan det kanskje tolkes som at rammene de jobber under, manglende ressurser, inne på sykehusavdelinger, er det som er til hinder for å lykkes med elementene i underkategoriene: ”Vi får ikke nok tid sammen med ungdommene, og tid sammen må til for å bygge relasjon og tillitt”, ”Avdelingen vår er ikke tilrettelagt for å jobbe helhetlig, for ordentlig miljøterapeutisk arbeid” og ”Vet ikke” er vel det mest vanlige svaret”. Det kan også hende at utfordringene beskrevet i denne kategorien handler om manglende samhandlingskompetanse, et moment når det kommer til deltakernes opplevelse av postenes biomedisinske tradisjon og et hierarkisk styre, og som støttes av Bjørkquist og Fineide (2019, s. 7) som hevder blant annet at unødvendige innleggelses kan skyldes mangelfull samordning, noe som diskuteres i neste kategori.

## **6.2 Diagnostisk kultur til hinder**

Hovedkategorien *Diagnostisk kultur til hinder* bygges opp av underkategoriene ”Det forventes at vi skal jobbe med diagnosen” og ”Behandlingen er så styrt av pakkeforløpene, da klarer vi ikke å jobbe med ungdommen der de er”. Det var tydelig at de fleste deltakerne uttrykket misnøye med diagnosekulturen, og det faktum at diagnoser er styrende for behandlingen. Dette kan stemme overens med det at pakkeforløp for psykisk helsevern ble innført i Januar 2019. Pakkeforløpene er en ny nasjonal standardisering for behandling innen psykiatrien. Formålet med pakkeforløpene er blant annet å gi mer sammenhengende og koordinerte tjenester, økt brukermedvirkning og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner. Videre står det i pakkeforløpene at behandlingen av pasientene bør ha familieperspektiv, og sikre ivaretagelse av barn og søsken som pårørende (Helsedirektoratet, 2020). Pakkeforløpene for psykisk helse kommer fra en idé i somatikken, noe som kan forstås som at de psykiatriske pasientene behandles innenfor en biomedisinsk tradisjon med en diagnostisk kultur. Når pakkeforløpene stiller diagnosene som styrer behandlingen, kan det være problematisk, da man ønsker et mer helhetlig syn. Et helhetlig utgangspunkt i både medisin, helsefagarbeider, samfunnsvitenskap og kulturvitenskap, for å bedre kunne forstå og

hjelpes mennesker til bedre helse (Svalastog et al., 2019, s. 19). En annen side av det er at diagnostisering skaper et enda tydeligere skille hvor eksperten, den som diagnostiserer blir enda mer ekspert, og det handler om deres behandlingsmetoder, og ikke på den individuelle kunnskap eller erfaringer rundt egne utfordringer (Karlsson, 2011, s. 59).

Dette skillet er også noe jeg selv har erfart, men da et skille mellom behandler og miljøterapeut. Noe jeg selv savnet da jeg jobbet i psykiatrien i forbindelse med pakkeforløpene, nemlig miljøterapeuters stemme. Det er kanskje ikke så rart om min erfaring speiler miljøterapeuters generelle involvering i arbeidet med pakkeforløpene. Min erfaring er nemlig det at miljøterapeutene ikke hadde noe med pakkeforløpene å gjøre. At det var kun for behandlerne og lederne, men samtidig erfarte jeg at miljøterapeuter på andre avdelinger fikk en liten rolle i pakkeforløpene. De skulle for eksempel gi kommunene beskjed om inneliggende pasienter og gi løpende informasjon, noe de da fikk ansvaret for å kode. Det at de ble involvert i det praktiske arbeidet kan ha gjort dem mer interessert og gitt de en følelse av betydning og en liten plass i hierarkiet. Mens min erfaring hvor man ikke ble involvert, ble det enda en ting man ble utelatt fra, og kanskje gitt en tydeligere maktfordeling hvor man følte seg nederst i dette opplevde hierarkiet. At dette blir nok en plass hvor behandlerne blir gitt mer makt og kan styre behandlingen uten å måtte forholde seg til miljøterapeuters syn, erfaringer og meninger. Det at det gjøres ulikt på psykiatriske avdelinger innen samme sykehus betyr at dette er oppgaver som fordeles av lederne for den enkelte avdeling. At noen har bestemt at denne oppgavefordelingen skal delegeres til de enkelte lederne for de enkelte avdelingene. At den enkelte leder er den som bestemmer over avdelingens hierarki.

Det er også ledere som skal sikre kvaliteten i pakkeforløpene, og ved alle avdelinger som utreder og behandler psykiske lidelser, skal det utpekes en forløpskoordinator. Oppgaven til forløpskoordinatorer er å være tilgjengelige for både pasientene og deres pårørende, gi dem råd, veiledning og informasjon, i tillegg til at de skal koordinere avtaler, samarbeidsmøter, og samarbeide med forløpskoordinatorer i kommunen (Helsedirektoratet, 2020). Det som imidlertid kom fram fra intervjuene var at deres misnøye handlet om opplevelsen av at behandlingene er diagnosestyrt, mens pakkeforløpene ikke ble pekt på i særlig stor grad. Tvert i mot så viser intervjuene at ingen av deltakerne er direkte delaktige i arbeidet med pakkeforløpene. De forteller at dette er noe som er lagt til leder og behandlerne, og noe de ikke forholder seg til i deres arbeid. Et par av deltakerne som ikke jobbet i psykiatrien før pakkeforløpene ble innført, sier de ikke tror de har pakkeforløp der de jobber men er usikre. Andre deltakere, som jobbet i psykiatrien også før pakkeforløpene, forteller at behandlingen også opplevdes diagnosestyrt før, men at det nå kanskje har blitt enda

tydeligere. Kun et fåtall av deltakerne hadde hørt om forløpskoordinator, men visste lite om hva den rollen innebar, og kun et par av deltakerne visste hvem forløpskoordinator i deres avdeling var.

Endel av deltakerne uttrykte utfordringer ved å følge den fastsatte pakkeforløpsbehandlingen når de vet, eller mistenker, at det er andre faktorer bak de unges utfordrende atferd. Deltakere forteller for eksempel om episoder hvor behandlingen fortsetter å følge pakkeforløpet til diagnosen ungdommen er innlagt for selv og de unge underveis betror seg om å være utsatte for seksuelle overgrep. Dette strider med helselovgivningen som tydelig sier at helse- og omsorgstjenestene er ansvarlige for å avdekke seksuelle overgrep, og pakkeforløpene i psykisk helsevern for barn og unge skal dette kartlegges og ligge til grunn for valg av behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 62).

Deltakerne tenker mye på ungdommene, som kanskje allerede har vært utsatte for krenkelser, og de ønsker ikke at ungdommen skal føle seg misforståtte igjen. Deltakerne er redde for at familiefokuset glipper, at man peker på ungdommen som den som ikke mestrer og må fikses. Dette er det som blir kalt viktimisering i denne studien. I helsevesenet registrerer man symptomer som diagnoser som igjen kan føre til behandling og medisiner. Diagnosen blir en sannhet og hvis helsepersonell ikke ser etter årsaken bak symptomene, viser de at de ikke forstår de sårbare ungdommene (Kirkengen & Næss, 2015). Ved for stort fokus på enkeltatferd blir ungdommen sett på som ansvarlig for deres tilstand og situasjon. Et slikt fokus kan da dekke over andre mulige årsaker og risikofaktorer til atferden, som for eksempel deres hjemmiljø, samfunnet og eller manglende kompetanse. En slik viktimisering av ungdommen kan føre til økt skyldfølelse og skam knyttet til deres dårlige helse (Marmot, 2015). Hvis man ikke ser etter det som ligger bak symptomene og atferden, får man ikke med seg de sosiale forholdene og peker på pasienten som den som ikke mestrer, som eier problemene og er syk. En slik glipp kan føre til feil fokus i behandlingen og at pasientene føler seg krenket og misforstått (Kirkengen & Næss, 2015).

Diagnoser kan enkelte ganger gjøre mer skade, for eksempel for unge som er utsatt for voldsomme utfordringer i livet. Dette kan derfor endre atferden deres til det ugjenkjennelige for menneskene rundt dem og som de ikke forstår. Deretter kan de unge diagnostiseres og få behandling for denne nye og uforståelige atferden, uten at man har sett bak atferden eller symptomene for å forstå årsakene. Dette kan føre til at barn og unge føler seg krenket igjen og re-traumatisert (Kirkengen & Næss, 2015, s. 158-159). På den andre siden kan diagnoser utløse ulike viktige rettigheter, og ellers være til hjelp for mange. Uansett så trenger mennesker å bli sett for den de er bak diagnosene, med sine egne ønsker og behov

(Heggstad, 2019, s. 252). Med en medisinsk tilnærming vil mennesker med psykiatriske diagnoser forstås som psykisk syke, i stedet for å se på dem som lidende. Slik sykelfokus kan føre til at menneskers reaksjoner på følelsesmessige livserfaringer, blir symptomer på psykisk sykdom (Del Busso, 2014). Sårbare mennesker kan ha opplevd ekstreme traumer, ha det fryktelig og mangle gode relasjoner, men ingen mennesker *er* symptomene eller diagnosen sin (Del Busso, 2014). I psykososialt arbeid ser man det som viktig at det brukes tid sammen med de sårbare menneskene man skal hjelpe. Ikke se på folk som problematiske eller i lys av psykiatriske diagnoser, men la dem bli sett og hørt som de individene de er. Det skal jobbes for å skape gode relasjoner, utvikle deres selvopplevelse, og gjennom trygt samvær lytte til deres historier (Del Busso, 2014).

Vaglun (2017) hevder at det snart ikke er noe igjen av det terapeutiske samfunnet som sto for fellesskap mellom pasienter, familie, behandlere og samfunnet. For å styrke pasientenes mestringsforhold må det samarbeides på tvers av profesjoner og etater (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 13-15). Det blir avgjørende at for eksempel spesialisthelsetjenesten samarbeider med kommunen, for et best mulig og helhetlig tilbud til ungdom, og at hjelpen er mest mulig i nærmiljøet der ungdom bor (Barneombudet, 2020). Både psykiatriske sykehus og poliklinikker har vært gjennom omfattende omstillinger med økende krav om raskere behandling, og omfattende rapportering. Til sammenligning gir nye rusfrie tjenester som etableres, ressurser for å sikre de fleste faktorer fra det terapeutiske samfunnet, som familie- og nettverk, miljøterapi og pasientenes empowerment og brukervedvirkning. Pasienter som er innlagt på psykiatriske sykehus for sine psykiske lidelser har selvsagt akkurat det samme behovet for bio-psykososial hjelp (Vaglun, 2017).

Det å kunne jobbe med en mer psykososial tilnærming vil ifølge Nissen & Skæbæk (2014) også inkludere mer tverrfaglig og tverrvitenskapelig arbeid. Noe som kan bety mer og bedre samhandling og samarbeid mellom kollegaer, på tvers av ulike profesjoner og seksjoner, være nysgjerrige og sammen komme fram til ny kunnskap i samarbeid med pasienter. Psykososialt arbeid handler om å ivareta mennesker med behov for hjelp ved å høre på deres historie, forsøke å se hele bildet og sammenhenger med deres miljø og kultur (Nissen & Skæbæk, 2014, s. 13-16). Psykososiale utfordringer blant barn og unge er økende og tverrfaglig samarbeid kan gi et mer helhetlig bilde av situasjonen (Glavin & Erdal, 2017, s. 22).

Deltakernes erfaringer om lite helhetlig arbeid, at deres kunnskap og meninger, deres stemme ikke blir hørt inn i behandlingen står i sterk kontrast til Sosial- og helsedepartementets ”Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006” (1998), som har

fokus på mennesket i konteksten, at flere elementer må sees i sammenheng med et menneskes psykiske helse. Det skulle jobbes mer helhetlig, tverrfaglig og tverrvitenskapelig, og pasientene rolle skulle styrkes. Opptappingsplanen kom med begrepet *psykisk helsearbeid* på det som skulle gjøres. Arbeidet skulle altså ikke lenger kun ha det medisinske psykiatriske perspektivet, men inneholde alt av hjelpetiltak som kan bedre pasientenes psykiske helse. Det skal samarbeides om tilpasset individuell hjelp, og Opptappingsplanen åpnet opp for flere profesjoner og mer tverrfaglig hjelp (Karlsson, 2011, s. 57-58).

Et tverrfaglig og transdisiplinært samarbeid er helt avgjørende for å gi sammenhengende god og trygg hjelp til barn og unge med alvorlige psykiske utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 50-51). En transdisiplinær tilnærming ser ikke på ulikheter eller uenighet som problemer, men har mer et fokus på hvordan forskjeller kan forstås. Den har et kontinuerlig fokus på videreutvikling, på sammenhengende faktorer og ser ikke på utfordrende atferd som et symptom, men som en kommunikasjonsform og invitasjoner (Hertz, 2010). I stedet for å velge den ene eller andre metoden eller tilnærmingen, beskriver transdisiplinær tradisjon noe som går utover tradisjonelle metoder og ser på de uante mulighetene, muligheter som vi må lære oss å se etter (Hertz, 2010).

Tverrfaglig arbeid beskrives i Meld. St. 25 (2020-2021) å være essensielt i behandling av barn og unge. De skriver også at utsatte unge trenger koordinerte og såkalte sømløse tjenester, og da er det absurd at samhandlingskompetanse ikke er et tema i spesialiseringen av behandlerne, leger og psykologer, i psykiatrien, samt at tverrfaglig undervisning heller ikke godkjennes i spesialiseringen (Løvereide et al., 2020). At de legeetiske retningslinjene ikke nevner samarbeid med andre profesjoner støtter oppunder at psykiatriens behandlere muligens har mangelfull kompetanse om tverrfaglighet (Legeföreningen, 2021). Derimot er samhandlingskompetanse og tverrfaglighet på pensum for profesjonsutdanningene deltakerne har (Hentet fra studieplan til vernepleie, sykepleie og barnevernspeagoger, Høgskolen i Østfold). Ikke minst er det sentralt tema i mange videreutdanninger for helse- og sosialfaglige bachelorutdanninger, som for eksempel masterstudiet psykososialt arbeid som er utgangspunktet for denne studien. Dette er også sentralt med tanke på et presset helsevesen, da samarbeid på tvers av profesjoner vil kunne ta av for noe av presset. I tillegg en medvirkende årsak til at tverrprofesjonelt samarbeid anbefales av norske myndigheter, og ideen er en kilde til bedre ressursutnyttelse. Riktig nok fordrer dette at alle fagfolk får kunnskap om tverrfaglighet og at eldre tradisjoner hvor enkelte profesjoner troner på toppen av hierarkiet brytes (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 70, 75, 87).

Det er viktig å presisere at det selvsagt er behandlere, leger og psykologer, som har mye kunnskap og erfaring med samordning, samhandling og tverrfaglighet, men at det ikke bør tas som en selvfølge. Det er jo faktisk slik at behandlernes rolle som de faglige ansvarlige, er en faktor med tanke på ubalanse i maktforhold og problematiske hierarki. Dette er noe som kan forebygges ved likeverdighet, sørge for definerte roller og avklarte ansvarsoppgaver (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 112). Det er da en forutsetning med ledelsesforankring, at ledelsen sørger for at ansatte har god nok kompetanse slik at man har et felles kunnskapsgrunnlag og forståelse rundt samhandling. At ledelsen prioriterer samarbeid og setter av nok tid og ressurser til dette (Hansen et al., 2020, s. 14, 91, 94).

Manglende samhandlingskompetanse hos psykologer og psykiatere kan være med på å forklare hindringene deltakerne opplever, og deres frustrasjon over manglende tverrfaglig arbeid, det å ikke bli hørt. Tverrfaglighet handler om kompetanse til å samhandle på tvers av profesjoner, og er noe som må forankres hos ledelsen. Dette er noe som drøftes videre under neste kategori.

### **6.3 Utrygg på jobb – dårligere behandling**

Hovedkategorien *Utrygg på jobb – dårligere behandling* har underkategoriene ”Jeg er glad vi er en sammensveisa gjeng vi miljøterapeutene, vi tar vare på hverandre”, ”Å jobbe med saker nesten hver dag som jeg ikke har kunnskap eller erfaring med, det føles ikke riktig” og ”Grusomme dager på jobb, jeg tenker på den ungdommen ennå”. Deltakerne har klare oppfatninger om sine ønsker og behov i forhold til å klare å stå i det utfordrende arbeidet de har. Deltakerne savner anerkjennelse for sin kompetanse og de er misfornøyde med manglende tverrfaglige beslutninger og deres opplevelse av at det regjerer et hierarki i postene, hvor de hevder makten er hos behandlerne og hos ledelsen. Deltakerne er enige i at de som miljøterapeuter ikke involveres nok i behandlingen, til tross for at det er de som tilbringer mest tid sammen med ungdommene, og definitivt er dem som kjenner dem best av de ansatte. Det med et bredere og større perspektiv enn bare å samhandle med ungdommen forstås som av betydning for alle deltakerne. Ikke fordi de ønsker å rette fingeren mot noen, men de er samstemte i at samhandling, å involvere hjem og nærmiljø i større grad ville kunne hjelpe ungdommene ut av uhensiktsmessig atferd og en forbedret familiedynamikk. I tillegg til at bedre samhandling på tvers av profesjoner ville kommet de sårbare ungdommene og deres familier til gode.

Tanken med tverrfaglig arbeid er at hver enkelt faggruppe skal bidra med sin unike kompetanse, men deltakerne hevder at de nesten alle gjør det samme uavhengig av deres

profesjon, og uavhengig av eventuelle videreutdanninger og erfaring, noe som kan sees på som et hinder for videreutvikling av den enkeltes spesialkompetanse (Vaglum, 2017). Det vil være ledelsen som skal sørge for at de ansatte har den kompetansen de trenger for godt tverrfaglig samarbeid. Videre vil det også være av betydning å se på makt og posisjoner. For ulike profesjoner har ulik makt, og annerkjennelse av andre profesjoner som likeverdige, er avgjørende for et velfungerende tverrfaglig samarbeid (Hansen et al., 2020, s. 92, 108). Miljøterapi er et fagfelt med kompetanse til å jobbe miljøterapeutisk, men ettersom miljøterapeut ikke er en egen profesjon består ofte miljøterapeutgrupper av ansatte med ulike profesjonsbakgrunn. Kan det være slik at det ikke dras nytte av denne gruppens tverrfaglighet, men at det manglende avgrensede profesjonsautoriteten i stedet kompliserer det hele?

Et profesjonsstudium går som oftest over flere år og fagene i utdanningen skal lede fram til profesjonskunnskap som er rettet mot et spesifikt yrke. Som profesjonsutøver etter endt profesjonsutdanning, forventes det at man innehar kunnskaper som kan ivareta oppgaver andre uten den samme utdanningen ikke kan (Igrens, 2021, s. 26-27). Noe av det mest karakteristiske ved en profesjon er foreningen mellom bestemt yrkesrettet kunnskap og stillingen den profesjonsutdanningen leder fram til som en bestemt yrkestittel (Igrens, 2021, s. 26). Slik som for eksempel vernepleiestudiet som fører til et yrke som autorisert helsepersonell med tittelen vernepleier. Profesjonsutdanninger gir spesielle fordypningskunnskaper og ekspertkunnskaper innen et bestemt yrket, som gjør at man skiller seg fra andre yrkesgrupper med annen kunnskap. De har en avgrensing fra andre yrker, som gir tilhørighet til profesjonen og som man vil kunne identifisere seg med (Igrens, 2021, s. 28). Gjennom de spesifikke profesjonsutdanninger med sine bestemte fag og perspektiver blir man opplært til å se og forstå verden i lys av egen profesjon. Noe sees tydeligere og man får kanskje øye på enkelte fenomener lettere enn det andre med annen profesjon gjør, hvilket betyr at andre med annen profesjon kan se annet tydeligere enn vi selv gjør. Dette betyr at ulike profesjoner har ulikt fokus og det er viktig at man har den innsikten for å unngå kommunikasjonsutfordringer mellom profesjoner. For å ikke miste helheten er det derfor behov for samarbeid på tvers av profesjoner (Igrens, 2021, s. 28-30).

Utvikling og anvendelsen av kunnskap samt profesjonsautoritet er noe av det som skiller de ulike profesjonene. Profesjonsautoritet og autonomi handler om å kunne styre selv, medbestemmelse og påvirkning av arbeidsoppgaver. Dersom profesjonen i tillegg sier noe om yrkesutøvelsen, hvordan praksisen kan sees, baserer seg på systematisk kunnskap, og at beslutninger må tas basert på skjønn mens det arbeides under usikkerhet, vil dette gi profesjonen tydelige trekk. Videre er det en forventning til at profesjonsutdannede viser

profesjonalitet. Ved å hegne om kunnskap, autonomi og ansvar viser man profesjonalitet, noe som kan styrkes ved å videreutdanne seg, utvikle profesjonaliteten ved å oppdatere seg på teori fra forskning, reflektere over teori opp mot erfaringer fra praksis og ikke minst utvikle seg personlig og sin etiske forståelse. Arbeidsgiver kan så legge til rette for etterutdanning for videre individuell utvikling, men som profesjonsutøver er man selv ansvarlig for å holde seg faglig oppdatert (Igrens, 2021, s. 33-34, 331).

Profesjonsutdanninger setter altså folk i stand til å gjøre jobben sin, men hva de primære oppgavene er avhenger av profesjonen. Dersom man ikke mestrer de primære arbeidsoppgavene tillagt profesjonen vil man ikke mestre jobben (Igrens, 2021, s. 329-332). Dette er nettopp noe av det deltakerne beskriver når de forteller om demotivasjon ved at de ikke får brukt sin spesifikke fagkunnskap fordi nesten alle har samme arbeidsoppgaver. Samtidig uttrykker de frustrasjon over det som kan synes som manglende felles forståelse og identitet i rollene sine som miljøterapeuter. Kanskje kan dette komme av uklarheter ved jobben på grunn av manglende profesjonsavgrensning og derav manglende tydelighet på hva de primære oppgavene til en miljøterapeut er. Videre er det slik at fokuset på forholdet mellom kunnskap, makt og profesjoner i psykiatrien trenger et løft. Det terapeutiske samfunns ønske var å rukke ved hierarkiet og maktstrukturen innen psykisk helsevern (Vaglum, 2017). Det kan synes som at profesjoner med bachelorgrad i grunn, slik som vernepleiere, barnevernspedagoger, sykepleiere, ja som deltakerne i denne studien, blir devaluert, utelatt og kontrollert, selv med videreutdanninger og master- og doktorgrad (Karlsson, 2011, s. 63).

At alle ansatte har den kunnskapen som trengs blant annet for et godt tverrfaglig samarbeid er et ledelsesansvar. Det fordrer at ledelsen lager inkluderende relasjoner og jobber i fellesskap. Ledelsen må avklare de ansattes roller, være tydelig, fordele arbeidsoppgaver og ansvarsområder (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 31, 160).

Utfordrende atferd som symptom er også noe alle deltakerne har mye erfaringer med. Som ansatte i psykisk helsevern jobber de med mennesker som kan være redde og frustrerte, som for eksempel kan være psykotiske, maniske eller deprimerte, mennesker som er midt i en livskrise. Deltakerne innrømmer at det i blant kan oppleves traumatisk også for dem. Fagforbundet Fellesorganisasjonen (FO) bekrefter deltakernes uttalelser. FO har medlemmer med profesjoner som vernepleiere og barnevernspedagoger, samme som halvparten av deltakerne, i tillegg til meg selv. I 2019 laget FO en spørreundersøkelse om å oppleve vold og trusler på jobb, hvor 6000 medlemmer svarte. Av medlemmene som jobber innen psykisk helsevern svarte 51 % at de har opplevd vold og/eller trusler på jobb i løpet av det siste året. 76 % av medlemmene som jobbet i barnevernsinstitusjoner opplevde vold eller trusler på sin



jobb (FO, 2019). Statistisk sentralbyrå støtter disse funnene og de rapporterer at de mest utsatte yrkene for vold og trusler er vernepleiere, miljøarbeidere og sykepleiere. Blant sykepleiere opplever cirka 31 % å bli utsatt for vold, trusler eller uønsket seksuell oppmerksomhet på jobb i Norge (SSB, 2018).

Deltakerne forteller at støttende kollegaer har vært av avgjørende betydning for dem for å kunne fortsette å jobbe der de gjør. Allikevel rapporteres det om ganske stor forskjell mellom de ulike postene deltakerne jobber ved, i forhold til hvor god oppfølging de får etter utfordrende situasjoner. Deltakerne ved den ene posten sier de blir fulgt opp og at det er prosedyrer for oppfølging og debrief, mens deltakerne ved de to andre postene uttrykker at dette er manglende, at det enten ikke er noe som er systematisert eller at det er lite, og at det oppleves som tilfeldig og individuelt hvordan oppfølging de får. Alle deltakerne er imidlertid enige om at de er i behov av mer og bedre oppfølging, spesielt etter voldelige eller voldsomme hendelser. De ønsker seg mer anerkjennelse fra ledelsen på det de står i, og at veiledning, samtaler og oppfølging blir bedre strukturert så det ikke glipper eller oppleves så tilfeldig, særlig i travle perioder. Spesielt deltakerne ved en av postene savner en mer tydelig og tilstedeværende ledelse, mer omsorg og en ledelse som står opp for dem og lytter til dem. De fleste deltakerne savner at deres innspill, erfaringer, kunnskap og meninger blir hørt, sett og verdsatt. Selv om et par av deltakerne mener noe av dette er ivaretatt, så tar også de opp dette som av betydning for deres arbeidshverdag.

Deltakernes utsagn om sine ønsker, samsvarer med behovene til sekundærtraumatiserte helsepersonell. Compassion fatigue, eller omsorgstrøtthet viser til en gradvis slitasje over tid, hvor personlats evne til empati engasjement og omsorg betegnes som en miks av utbrenthet og sekundære traumer (Isdal, 2017, s. 28). Ivaretagelse av et godt og trygt arbeidsmiljø er et ansvar for arbeidsgivere og arbeidsmiljøloven sier:

å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet. (Arbeidsmiljøloven, 2005, §1-1)

Isdal (2017) mener det er viktig å forebygge for å unngå utbrenthet og sykefravær, og at ivaretagelse av personal krever kunnskap og kompetanse om hva som kan forebygges. Isdal (2017) støtter deltakerne i deres uttalelser i forhold til deres ønsker og behov. Sikkerhet på jobb skal være en selvfølge og man trenger passelig mengde med arbeid. De fleste deltakerne

sier de ikke har tid til å gjøre en god nok jobb, at det ikke er satt til side nok ressurser til at de kan jobbe arenafleksibelt eller til å klare og involvere familien i stor nok grad. Det er svært viktig at ledere forstår personalets besvær, jevnlig undersøker hvordan de har det, og ikke venter på at personalet skal komme til lederen med sine utfordringer (Isdal, 2017). Ledere må forstå at jobben personalet står i kan være tøff og belastende, gi personalet stadige påminnelser på at de blir sett og anerkjent, at de er viktige bidragsytere. Videre må ledere lytte til personalets eventuelle forslag til endringer for å gi dem en følelse av de er verdsatt og at deres innspill er betydningsfulle. Gode ledere viser vennlighet og omsorg for personalets helse og trivsel, de framstår som positive, og gir regelmessig ros og anerkjennelse til personalet for jobben de gjør (Isdal, 2017).

Det at deltakerne savner medvirkning i arbeidsprosesser, å bli sett og hørt i tillegg til mer tilstedeværelse fra ledelsen, kan handle om makt. Maktstrukturer på arbeidsplassen kan legge til rette for å støtte personalets jobb, men det kan også gjøre det utfordrende og skape avmakt på arbeidsplassen. Å få tro på at egne synspunkter kan være av betydning, bli gitt mulighet til å virkeliggjøre faglige og personlige interesser på arbeidsplassen kan redusere opplevelsen av avmakt (Øye & Norvoll, 2013, s. 74). Det handler rett og slett om empowerment, og en bemyndigende ledelse er noe som får stor aksept i norsk forskning om ledelse (Skogstad et al., 2001). En definisjon av denne formen for ledelse er

”the personal potential of employees to co-create a workplace they personally believe in and thrive in” (Shannon, 1991). En form for ledelse som i stor grad delegerer beslutninger til sine ansatte. Dessverre hevder forskere at det er kort vei mellom denne konstruktive ledelsesformen til en skadelig, destruktiv og fraværende laissez-faire-ledelse, noe som er en stor utfordring i arbeidslivet (Aasland et al., 2009). Laissez-faire-ledelse handler om unnvikende-passiv ledelse med manglende styring, leder unngår å ta avgjørelser og er lite involvert i sine ansatte. Ikke bare antas det at laissez-faire-ledelse er mye utbredt, men 33,5% av ansatte i et utvalg ved norske arbeidsplasser har erfart slik destruktiv ledelse (Aasland et al., 2009). Denne unnvikende ledelsesformen er ikke bare negativ for organisasjonen, men kan gi store, langvarige konsekvenser for ansatte, og er den mest skadelige ledelsesformen for arbeidsmiljøet. Laissez-faire-ledelse settes også i sammenheng med arbeidsplasser hvor det blant annet oppleves manglende flyt av informasjon mellom ledelse og ansatte som igjen kan føre til uenighet i arbeidsfordeling. Arbeidsplasser med rolleklarheter, rollekonflikter, manglende tilstedeværelse og involvering av leder. Videre settes denne passive ledelsesformen i sammenheng med ansattes arbeidsrelaterte stress (Skogstad et al., 2014).

Selv om flere av deltakerne var tydelige på at ledelsen var for passiv, ikke gav nok

støtte, ikke anerkjente deltakernes kompetanse eller var nok tilstedeværende, er ikke det grunnlag nok i denne studien å slå fast at dette dreier seg om en destruktiv ledelse av sorten beskrevet over. Det beskrives allikevel som såpass alvorlig at dette er et tema det bør fokuseres mer på. Derimot beskrives det i Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024) et behov for bedre ledelse, at ledere skal sikre bruk av kunnskapsbaserte terapiformer, at ledere må kjenne til ansattes kompetanse og sørge for at behandlingen består av oppdatert kunnskap samt at ledelsen må være faglig god og sørge for riktig kompetanse på rett sted (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 10, 68).

Deltakernes rapportering rundt stress og frustrasjon handlet også om faglig utvikling og behovet for å kunne jobbe sammen med kompetente kollegaer for å føle seg trygge nok på jobb. Først da kan de gjøre en god og forsvarlig jobb, en jobb med den kvaliteten som de sårbare og utsatte unge har krav på og fortjener, som også er faglig forsvarlig. I opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019-2024) pekes det ikke bare på at ledere må sørge for kompetanseheving for å trygge tjenestene, men også på å sørge for nok personale med rett kompetanse. Noe som også var i fokus i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 69). Til tross for de unges rett til å bli hørt og kunnskapen om at barn og unge er viktige informanter, er det mange fagpersoner som sier de føler seg utrygge i møte med sårbare unge, noe som kan føre til at de unges utgangspunkt og historie utelates (Øvreeide, 2009, s. 26). Frykt for å krenke og rive opp i det vanskelige er også hindre for å unngå samtaler med utsatte unge. Fagpersoner kan selv ha et behov for å beskytte de unge fordi man forventer å bringe frem ubehagelige følelser hos dem. Eller det kan handle om et behov for fagpersonen om å beskytte seg selv fordi det er sårbart å høre om overgrep og omsorgssvikt av unge (Øvreeide, 2009). Opplevelse av slikt ubehag kan føre til at forsvarsmekanismer griper inn for vår egen beskyttelse, og det kan hindre medfølelse i samtaler med sårbare unge (Øvreeide, 2009).

Deltakerne har kommet med utsagn om at de står i situasjoner og jobber med ting de ikke har kunnskap om, at de går hjem med en dårlig følelse, at de ikke er trygge på jobb på grunn av kollegaers manglende kompetanse. Flere helsepersonell rapporterer at de mangler kompetanse i samtalemetodikk og også kunnskap om traumatiserte unge. Samtidig er det kjent at dersom man mangler kompetanse og verktøy for å takle utfordringer man møter i jobben, er det økt risiko for at man ikke handler til det beste for de unge (Øverlien & Moen, 2016). Empati er sentralt i kommunikasjon med andre, og spesielt viktig i samtaler med sårbar ungdom. Man bør forstå egne reaksjoner og følelser i forhold til de unges situasjon. Være bevisst på egne automatiserte tanker og handlinger man kan få overfor de sårbare unge, og

forstå at dette er viktig for forholdet. Fagpersoners holdninger og syn på de unge vil påvirke kommunikasjonen, og forholdet dem i mellom (Øvreeide, 2009, s. 51).

I tillegg til kompetanseutvikling er medinnflytelse av betydning, ikke bare for trivsel på jobben men også en viktig helsefaktor (Isdal, 2017). Noen av deltakerne sier de jobber med noe de mangler både kompetanse og erfaring på og går med en vond følelse inni seg. Andre deltakere sier de vet godt hva som skal gjøres og mener de innehar verktøyene til det, men at de på grunn av ressursmangel ikke får gjennomført det. Deltakerne ønsker seg mer innflytelse og bli anerkjent for den kompetansen de har, og de savner å bli hørt. De rapporterer om en konstant tidsmangel og også manglende ressurser for gjennomføring av en god og forsvarlig jobb med ungdommene. Deltakerne mener at det manglende fokuset postene har på familieperspektivet og familiesamarbeidet, i stor grad skyldes den konstante mangelen på ressurser. Begrepet for disse utfordringene deltakerne rapporterer kan beskrives som meningsfullhet. Meningsfullhet er et sentralt element, fordi noe av det mest stressende man kan oppleve i jobben sin, er når man har gjort en dårligere jobb enn det man hadde tenkt å gjøre. Å måtte følge prosedyrer eller metoder som man ikke er enig i, ikke få kunnet hjelpe på den måten man mener hjelp bør gis (Isdal, 2017, s. 230).

Dersom man opplever å ikke bli sett eller hørt på arbeidsplassen, opplever og måtte utføre oppgaver som føles meningsløse, eller gjøre en dårligere jobb enn det man selv ønsker, kan det føre til at man bli utbrent. Samme hvis man ikke klare leve opp til arbeidsplassens krav eller ikke klarer innfri egne forventninger til arbeidet (Bang, 2003, s. 39). Å jobbe med mennesker er utfordrende, og jobbe med traumatiserte mennesker er svært belastende for hjelperne. Man står i fare for å ta på seg andres lidelse som om man selv skulle ha opplevd dem (Isdal, 2017, s. 17, 28). Noe som kan føre til at man blir utmattet og utbrent, og som igjen kan gi en følelse av at man ikke klarer prestere i jobben sin, som igjen kan lede til at man distanserer seg fra pasientene, mister profesjonaliteten og gjør en dårligere jobb (Isdal, 2017). Så det at deltakerne ønsker kompetanseutvikling for seg selv og for sine kollegaer kan i så måte handle om økt trygghet for dem på jobb, samtidig som det kan bety at de ville bli bedre rustet for å gjøre en god jobb for de inneliggende ungdommene.

#### **6.4 Miljøterapeuters ubetydelige kompetanse**

De tre hovedkategoriene *Familieperspektiv har vi ikke tid til*, *Diagnostisk kultur til hinder og Utrygg på jobb - dårligere behandling* ledet fram til denne studiens kjernekategori. I den første hovedkategorien *Familieperspektiv har vi ikke tid til* kommer det fram at deltakerne har kunnskap om nødvendigheten av å se på helheten, på psykososialt arbeid, se ungdommene

som en del av familien sin og det miljøet de vanligvis lever i. De mener det er behov for mer tid og ressurser for å hjelpe de unge på den måten de mener er best og at det kunne ført til færre innleggelse. Hovedkategorien *Diagnostisk kultur til hinder* peker på fokuset av diagnoser og biomedisinsk tradisjon. Deltakerne sier pakkeforløpene og diagnoseringen står i veien for å se ungdommens sammensatte bildet. Deres kompetanse om reviktimisering setter dem i en vanskelig posisjon mellom å forholde seg til behandlingsforløpene og å hjelpe ungdommen med eventuelle årsaker til symptomene de viser. Deltakerne deler også sin frustrasjon over manglende tverrfaglig arbeid og kanskje er det nettopp de stramme pakkeforløpene, organiseringen i avdelingene eller den mangelfulle tverrfagligheten som utelukker miljøterapeuter. Dersom miljøterapeuters kunnskap ble bedre integrert i behandlingen så kunne kanskje en del innleggelse vært unngått? Ifølge Bjørkquist og Fineide (2019, s. 7) kan unødvendige innleggelse skyldes manglende samordning, noe som leder oss over til den tredje hovedkategorien *Utrygg på jobb - dårligere behandling* hvor det framkom frustrasjon fra deltakerne over å ikke få brukt sin kompetanse på grunn av manglende ressurser. Enkelte av deltakerne mener de ikke har den rette kompetansen til alt arbeidet, noe som fører til usikkerhet. At summen av dette i tillegg til en utfordrende arbeidshverdag gjør at det savnes tydeligere ledelse, bedre oppfølging, å bli sett, hørt og anerkjent. For når disse elementene mangler kan det føre til utrygghet på jobb for miljøterapeuter, som igjen kan lede til at de sårbare ungdommene får dårligere behandling.

Gjennom analysen av datamaterialet og funnene av de tre hovedkategoriene var det en fellesnevner som slo meg. Noe som ikke nødvendigvis ble sagt med tydelige ord men som allikevel går igjen, og det er at deltakernes kompetanse, altså miljøterapeutenes stemme, synes ikkeeksisterende i behandlingen. Noe som ledet til identifiseringen av kjernekategori *Miljøterapeuters ubetydelige kompetanse*.

Miljøterapeutene i ungdomspsykiatriske døgnposter er de som bruker mest tid med ungdommene når de er innlagt. Det er miljøterapeutene som skal utføre det miljøterapeutiske arbeidet, som utfører mange av tiltakene i behandlingen. Tiltak som i all hovedsak er besluttet av behandlerne og da godkjent av lederne ettersom det er de som bestemmer. Et hierarki med oppdelte ansvarsområder likt et byråkrati, som kjennetegnes nettopp ved arbeidsfordeling etter kompetanse (Weber, 1997). I byråkrati er det streng regelstyring så det er viktig med effektivitet, tydelig avskilte arbeidsoppgaver, journalføring, nøyaktighet, underordning, diskresjon, lite gnisninger samt å holde kostnader nede (Weber, 1997). Miljøterapeuter i ungdomspsykiatrien er ansatt av sykehusene, av staten, de arbeider i det statlige byråkratiet eller på vegne av den. De jobber ”på gulvet” direkte med ungdommene. Ulike ungdommer

med ulike psykiske utfordringer som har behov for individuell tilpasset tilnærming. Dette gjør det vanskelig å arbeide etter strenge nedtegnede regler og prosedyrer. Lipsky (2010) skriver at bakkebyråkrati omhandler den delen av offentlig sektor som har direkte innvirkning på den enkeltes liv. I denne oppgaven vil da sykehusene og de psykiatriske postene være bakkebyråkratiet. Videre beskriver Lipsky (2010) at bakkebyråkrater er offentlig ansatte som har tett kontakt med brukerne i tillegg til at de kan være selvstendige og kan bruke skjønn i jobben sin, men at det ikke bestandig samsvarer mellom rammene og mulighetene. I denne oppgaven vil da miljøterapeutene med pasientkontakt, være bakkebyråkratene.

Det er særlig tre forhold som utfordrer arbeidet til bakkebyråkrater. Det første handler om ressurser. Komplekse oppgaver kan føre til usikre avgjørelser, at man må prøve seg fram litt, at manglende ressurser kan føre til at det man gjør kanskje ikke alltid er det beste. Manglende ressurser kan også gå utover kompetanseheving som igjen vil påvirke arbeidet. I tillegg kan oppgaver som dokumentasjon, ta av tiden man har til pasienten (Lipsky, 2010). Det andre utfordrende forholdet er tvetydige mål. Dette beskrives som når arbeidsoppgavene og arbeidsplassens mål står i kontrast til hverandre. Slik tvetydighet kan føre til usikkerhet rundt forventninger, rolleavklaring og målsettinger (Lipsky, 2010). Det tredje forholdet som utfordrer bakkebyråkrater er relasjonen til de man jobber med. At de man jobber med ikke er frivillige ettersom man gir tjenester det ikke er tilgang til ellers, noe som påvirker maktforholdet mellom tjenestemottaker og byråkratene (Lipsky, 2010).

I tillegg til de tre særlige utfordrende forholdene er det problematisk at et byråkrati har mange bestemte rutiner og standardisering, ettersom de fleste brukere, mennesker med deres utfordringer er ulike. Også økonomi lager vanskeligheter da ledelsen ofte ser på det økonomiske heller enn kvaliteten, noe som igjen fører til at mange bakkebyråkrater har for mye å gjøre, for mange å ta seg av, som kan gå ut over fleksibiliteten til for eksempel samhandling og skjønnsutøvelse. Ved manglende respons fra byråkratiets ledelse vil bakkebyråkrater søke tilfredshet etter å klare å utgjøre en forskjell for brukerne sine. Noe som igjen kan føre til at bakkebyråkratene favoriserer enkelte som de ser de lettere kan hjelpe, i tillegg til at en slik differensiering kan lette arbeidsbelastningen deres. Dette kan være et resultat av bakkebyråkraters mange tunge utfordrende oppgaver, at de takler stress og uklarheter ved å forsøke å hjelpe noen få når de innser at det er umulig å lykkes med alle (Lipsky, 2010).

Mye av det som er beskrevet over om byråkrati og byråkratenes utfordringer er svært gjenkjennelig i det deltakerne forteller. Klassisk organisasjonsteori har satt preg på organisering og ledelse i både privat og offentlig sektor og da også formet arbeidsbetingelser

til profesjonsutøvere. Blant annet står ledelsen for planleggingen som er adskilt fra de ansatte som skal praktisere, og dermed blir ikke de ansattes kunnskaper anvendt (Igrens, 2021, s. 247). Samtidig forventer nordiske arbeidstakere at de får medbestemmelse og er medvirkende i beslutninger, at de blir lyttet til, et demokratisk arbeidsmiljø hvor ledelsen legger til rette for samarbeid og likeverd. De forventer tillitt og jo mer tillitt det er mellom ledere og ansatte jo bedre er det, men dersom tillitt forringes økes usikkerheten. Tillitt er også viktig for et godt samarbeid, at ledelsen opptrer troverdig og tillitsskapende er sentralt for relasjonen mellom ansatte og organisasjonen. Et annet viktig element er at virksomheten deler informasjon, transparenser er av betydning. Noe som også er essensielt for å oppnå tillit er å være anerkjennende, lyttende, vise respekt og omsorg (Igrens, 2021, s. 229-234).

Som tidligere forklart er ikke miljøterapeut en egen profesjon, forstått som at det ikke har en egen profesjonsutdanning. Deltakerne i denne studien forteller at deres kollegaer, grupper med miljøterapeuter, består av en miks fra ulike profesjonsutdanninger. Som beskrevet i kapittel 6.3 *manglende trygghet – dårligere behandling* har ulike profesjonsutdanninger ulik fagkunnskap, ulike perspektiver, ulike primæroppgaver og ulik identitet. At dette er av betydning for den spesifikke profesjonens underlagte myndighet og autoritet (Igrens, 2021). Samtidig ansettes det, i psykiatrien, ulike profesjoner som miljøterapeuter for å jobbe miljøterapeutisk. Flere deltakere rapporterer at ledelsen ikke har etterspurt deres forståelse av miljøterapi eller verken tilbyr eller har fokus på hva miljøterapi er på arbeidsplassene. Miljøterapiens historie viser at selv om teorien både er velmenende og akseptert, ble den også ved innføringen for lite avgrenset. Det opplevdes også da usikkerhet, fra både personalet og pasientene, rundt forventningene til hva miljøterapi egentlig skulle inneholde (Tranøy, 2015).

Det kan synes som at svarene på mange av utfordringene denne studien peker på, ligger hos ledelsen, i det organisatoriske. At miljøterapeuter selv må jobbe for deres avgrensning, for å få samme synlighet og autoritet som andre profesjoner. Som denne studiens problemstilling har avdekket, så mener deltakerne at miljøterapeuters kompetanse ikke blir benyttet i behandlingsløpene i ungdomspsykiatrien, miljøterapeutene har ingen stemme.

## **6.4 Styrker og begrensninger**

I en studie vil forskerens tilstedeværelse under forskningen ha betydning for datainnsamlingen. Dataene er noe som skapes i samspillet mellom forsker og forskningsobjektene, som i denne studien vil være meg og deltakerne, og det må derfor diskuteres for ulike kriterier for god kvalitativ forskning, som refleksivitet og oppriktighet

(Lofthus, 2017). Oppriktighet handler om forskerens refleksivitet og åpenheten for transparens. Forskingen skal være transparent og forskeren må være selvrefleksiv. Dette betyr at stor åpenhet rundt forskningsprosessen er av betydning (Lofthus, 2017, s. 38). Gjennom gode beskrivelser av studiens utfordringer, beskrivelser av uforutsette forandringer, og ved formidling av hvordan fokuset i studien eventuelt skifter gjennom forskningsprosessen så kan man oppnå transparent forskning. Betingelser for dette er økt oppmerksomhet på samhandling mellom kontekst, metode, forsker og aktører (Lofthus, 2017, s. 38). Refleksivitet er holdningen til å forholde seg systematisk til konteksten kunnskapen dannes i. Spesielt gjelder det hvilken rolle forskeren spiller i dette, og hvordan forskeren påvirker datagenereringen. Forskere har fordommer og/eller forkunnskaper om feltet som studeres. Denne forkunnskapen kommer fra erfaringer man har gjort seg, både personlig og faglig, og det å være refleksiv betyr ikke at disse erfaringene skal fjernes, men at man må være ærlig i å forklare hva slike forkunnskapene impliserer (Lofthus, 2017, s. 36-38).

Det faktum at deltakerne i denne studien tilhører samme fagfelt som meg og tilhører samme arbeidsfelt som jeg selv inntil nylig tilhørte, kan argumenteres som en begrensning i studien. Ikke minst det at jeg som forsker kjente til enkelte av deltakerne fra før. Allikevel vil jeg påstå at det er jobbet hardt for å gjennomføre denne studien best mulig, med mål om å få et godt innblikk i det valgte temaet. Krav til studien om troverdighet og pålitelighet er også forsøkt å etterleve og oppnå best mulig. Teorien til reliabilitet er forklart i kapittel 3.7, men vil også kort gjennomgås her.

En viktig faktor når man forsker er pålitelighet, og Graneheim og Lundman (2004, s. 110) understreker betydningen av å stille spørsmål ved de samme områdene blant deltakerne. I denne studien er påliteligheten, eller reliabiliteten sterk ettersom alle deltakerne ble stilt spørsmål innenfor samme tema. Troverdigheten ved en studie økes når funn presenteres på en måte som gjør at leserne kan se etter andre tolkninger (Graneheim & Lundman, 2004, s. 109-110). Derfor presenterer ikke denne studien bare kjernekategoriene eller hovedkategoriene, men også eksempler på underkategorier, temaer og andre koder som inkluderes i kategoriene. Når det kommer til bekreftelse setter forskeren sin egen kunnskap, erfaring og forforståelse et preg på studiet gjennom hele forskningsprosessen. For eksempel kunne andre forskere med annen erfaring og forforståelse identifisert andre funn under analyseringen, og andre kunne kanskje hatt andre fokusområder og teoretiske perspektiver. Mine forforståelse inn i denne studien er omtalt i kapittel 3.8 «Refleksjon over egen rolle som forsker» og også i kapittelet 1.3 «Bakgrunn for valg av tema». I tillegg viser kapittel 2, om teoretisk rammeverk, tydelig hva jeg har med meg av forforståelse inn i denne studien. Om studiens troverdighet spørres



det om hvordan datainnsamlingen foregikk og hvor data ble samlet inn samt om utvalg av deltakere, noe som er omtalt i studiens kapittel 3.4 «seleksjon av deltakere og teoriunderbygning» og i kapittel 3.5 « gjennomføring av intervjuene».

Å studere organisasjoner som forskeren selv kjenner godt til, og å bruke deltakere man kjenner, er ikke frarådet, men noe som også oppmuntres. Fordelen med slik kunnskap er at det kan være lettere å få tilgang til informasjon ved å kjenne personer som kan være viktige for studiet. Det kan også bety at man blir møtt med mer åpenhet og tillit enn man ville med utenforstående (Jacobsen, 2003, s. 21-23). Det kan være fordeler med å ha kunnskap om uformelle strukturer og det interne språket som brukes. På den andre siden er det også ulemper som bør fremheves. Man kan få en forutinntatt holdning til hvordan ting faktisk er ved å kjenne en organisasjon godt, at man ser det man forventer å se. Det kan være utfordringer med å holde nødvendig kritisk avstand til det som skal utredes. Man kan oppleves som partisk til tross for en nøytral holdning, og kanskje oppsøker man de uformelle strukturene man selv kjenner, og mister annen viktig informasjon. Hvorvidt det er flest fordeler eller ulemper er vanskelig å avgjøre, men å studere organisasjoner man kjenner er hvert fall akseptert (Jacobsen, 2003, s. 21-23). På den annen side er det nødvendig å være åpen om det og reflektere over egen rolle og dens innvirkning, som i denne studien er omtalt i kapittel 3.7 «Refleksjon over egen rolle som forsker» og også i kapittel 1.3 «Bakgrunn for valg av tema» .

## 7.0 Avslutning

Det overordnede fokuset i denne studien er i hvilken grad miljøterapeuters kunnskap og kompetanse blir brukt som en ressurs i behandlingsløpene til ungdom inneliggende i psykiatriske døgnposter. Under intervjuene med deltakerne i denne studien ble det tidlig klart at de var opptatt av at også deres synspunkter på hjelpebehovet til innlagte ungdommer burde være av betydning. Både i forhold til deres profesjon og til den organisatoriske rammen på arbeidsplassen, men også at tverrfaglighet og deres egne behov i den jobben de har, var viktig for dem. Disse temaene åpnet opp for samtaler rundt deltakernes umiddelbare tanker og reaksjoner. Etter analysering av datamaterialet fra intervjuene ble tre hovedkategorier identifisert og merket som *Familieperspektiv har vi ikke tid til*, *Diagnostisk kultur til hinder* og *Utrygg på jobb - dårligere behandling*. Disse tre hovedkategoriene ledet fram til kjernekategoriene *Miljøterapeuters ubetydelige stemme*.

Den første hovedkategorien *Familieperspektiv har vi ikke tid til* beskriver hvordan deltakerne viser psykososial kompetanse ved at de ønsker å hjelpe de utsatte ungdommene i deres nærmiljø, deres forståelse av sammenhenger mellom det biologiske, sosiale og psykologiske, samt betydningen av involvering og samarbeid med familien og det miljøet de unge lever i. Teorien i denne hovedkategorien beskriver miljøterapi som en praksis med gode resultater. At miljøterapi har en psykososial tilnærming som også er forenlig med deltakernes profesjon, kompetanse og deres stillingsbeskrivelse av jobben de er ansatt for å gjøre. Videre ble det satt lys på at det under innleggelse av sårbar ungdom er en risiko for at familieperspektivet forsvinner og at man går glipp av betydelige sammenhenger i ungdommens levde liv. I tillegg ble tverrfaglighet drøftet og hvilken betydning det kan ha for å hjelpe ungdom med psykiske utfordringer til bedre helse. Det ble videre diskutert om mangelfull samhandlingskompetanse hos behandlere kunne være et av hindrene til miljøterapeuter, men også i forhold til unødvendige innleggelser.

Hovedkategori nummer to, *Diagnostisk kultur til hinder*, framhever deltakernes kompetanse og erfaringer med pakkeforløpene og det organisatoriske rammeverk som hindre i miljøterapeutenes jobb for å hjelpe inneliggende ungdom. Denne kategorien beskriver hvordan diagnoser kan gi hjelp og rettigheter, men først og fremst hvordan diagnoser virker som hindre i å se helheten, menneskene bak utfordrende atferd. Noe som kan være av betydning for å kunne gi riktig hjelp til sårbar ungdom, fordi diagnostikk kan lede til misforståelse av atferd. Slik ensidige viktigmiseringen kan føre med seg skam og nye krenkelser av sårbare ungdommer. Deltakerne rapporterer at det i travle perioder er da diagnosefokuset framtrer sterkest, og familien og andre sammenhenger kommer i bakgrunn.

Denne hovedkategorien tar også for seg tid, og betydningen av å ha god nok tid for å bygge gode relasjoner som de unge trenger for å bli trygge nok til å tørre fortelle, til å bli hørt.

Den tredje hovedkategorien *Utrygg på jobb - dårligere behandling* beskriver behovet deltakerne har for å kunne stå i jobben sin, og for å utføre en god og forsvarlig jobb med utsatte ungdom. Her forklares det hva hjelpere som jobber med utfordrende atferd, som utsettes for vold og trusler i arbeidsdagen sin, trenger og ønsker seg. Deltakerne etterlyser veiledning, anerkjennelse, tilstedeværende leder og kompetanseheving. Også her kommer temaet tid opp, tid til arenafleksibelt arbeid og til å kunne ha en psykososial tilnærming i det miljøterapeutiske arbeidet de skal utføre. Deltakerne vil gjerne jobbe mer helhetlig, involvere familiene og de forteller hvordan mangelen på både tid og kompetanse fører til dårligere hjelp og omsorg. Teorien i denne kategorien støtter deltakernes utsagn om behov for arbeid som føles meningsfullt, og hvordan mangelen på sådan henger sammen med dårligere trivsel, utrygghet og økt sykefravær. At dette er helt vesentlig for at hjelpere skal kunne klare å gi de unge den hjelpen de har krav på, trenger og ønsker. Videre forklares det med teori hvordan det å ikke få gjort jobben sin av en slik kvalitet man ønsker, er en av de største belastningene hjelpere kan erfare. Teorien i denne kategorien sammenligner også miljøterapeuter med byråkrater i et byråkrati, i tillegg til at den gir forklaring på hvor skadelig en fraværende og passiv ledelse er og hvordan det kan påvirke ansatte og medføre økt stress.

Disse tre hovedkategoriene ledet fram til identifiseringen av kjernekategoriene *Miljøterapeuters ubetydelige kompetanse*. Valget av tittelen på kjernekategoriene er selvsagt ingen antydning om at miljøterapeuters kompetanse er ubetydelig, men at det er en følelse som satt igjen etter analyseringen av datamaterialet fra deltakernes historier. At deltakerne, miljøterapeutene har både kunnskap og erfaring, men at deres kompetanse verken etterspørres eller kastes lys på i særlig grad. For når vi ser beskrivelser og det utdypende i de tre hovedkategoriene går det igjen at deltakerne sitter på mye kunnskap og kompetanse. De har egne synspunkter og selvstendige meninger, mange av de har lang erfaring og god kompetanse på jobben de er satt til å gjøre, men føler at de sjelden slipper til og at de i liten grad blir hørt. Deltakernes tydelige ønske om å jobbe psykososialt, tverrfaglig og arenafleksibelt, blir støttet av forskning, men det er mangel på tilrettelegging for at det kan gjennomføres. Miljøterapeutene uttrykker frustrasjon over å måtte følge behandlinger styrt av diagnoser, spesielt når annen viktig informasjon dukker opp. De er også frustrerte over manglende tverrfaglighet og den hierarkisk biomedisinske kulturen, hvor de føler at deres stemme ikke har en naturlig plass.

Tidligere forskning på dette feltet er manglende, det kan synes som at personell i

rollen som miljøterapeuter innen psykisk helsevern, ikke blir sett, hørt eller anerkjent for deres kunnskap og kompetanse. Denne studien har problematisert miljøterapeuters manglende avgrensning og autonomi sammenlignet med deres profesjonsbakgrunn, og funnet at miljøterapeuters kompetanse er manglende i ungdomspsykiatriske behandlingsløp. Med det mener jeg at denne studien har kommet med nytt, og at det er på tide at miljøterapeuter i ungdomspsykiatrien får mer oppmerksomhet. Kanskje bør det legges større vekt på å løfte miljøterapeutisk kompetanse innen psykisk helsevern? Hva om det er mangelen av miljøterapeuters stemme inn i psykisk helsevern som skal til for endelig å få løftet barn- og ungdomspsykiatrien?

Selv om denne studien kan betraktes som beskjeden mener jeg at den bidrar med ny kunnskap som kan generaliseres til andre lignende miljøer både i Norge og internasjonalt. At selv om studien kan synes noe begrenset, vil det være av interesse om flere satte søkelyset på den gjemte kompetansen, disse glemte men betydningsfulle stemmene. Virkelig finne ut om politikere og ledere innen psykisk helsevern vet nok om kompetansen til menneskene og profesjonene bak de som utfører det miljøterapeutiske arbeidet. Sørg for at også deres stemme vurderes inkludert i den videre utviklingen av barn og ungdomspsykiatrien i Norge.

## 8.0 Referanser

- Aasland, M. S., Skogstad, A., Notelaers, G., Nielsen, M. B. & Einarsen, S. (2009). The Prevalence of Destructive Leadership Behaviour. *British Journal of Management*, 21(2010), 438–452. doi: 10.1111/j.1467-8551.2009.00672.x
- Alfarnes, S. A. (2018). Hva skal vi med pakkeforløp i psykisk helsevern? (A New Danish Method for Standardized Clinical Evaluation and Treatment: Implementation in Norway?). *Psykologisk.no*  
[https://www.researchgate.net/publication/288808219\\_Hva\\_skal\\_vi\\_med\\_pakkeforlop\\_i\\_psykisk\\_helsevern\\_A\\_New\\_Danish\\_Method\\_for\\_Standardized\\_Clinical\\_Evaluation\\_and\\_Treatment\\_Implementation\\_in\\_Norway](https://www.researchgate.net/publication/288808219_Hva_skal_vi_med_pakkeforlop_i_psykisk_helsevern_A_New_Danish_Method_for_Standardized_Clinical_Evaluation_and_Treatment_Implementation_in_Norway)
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.
- APS. (2021). What is psychosocial studies? The association for psychosocial studies.  
<http://www.psychosocial-studies-association.org/about/>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1)
- Armata, F. (2017). Samarbeid, brukermedvirkning og kvalitet av psykisk helsevern for barn og unge - en tekstanalyse av ”Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge”. *Fokus på familien*. 45(2), 117- 137.
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barnekonvensjonen. (1989). FNs Barnekonvensjon. [https://downloads.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2010/05/UNCRC\\_united\\_nations\\_convention\\_on\\_the\\_rights\\_of\\_the\\_child.pdf?\\_ga=2.7817206.5944675.1578931466-1989620260.1578931466](https://downloads.unicef.org.uk/wp-content/uploads/2010/05/UNCRC_united_nations_convention_on_the_rights_of_the_child.pdf?_ga=2.7817206.5944675.1578931466-1989620260.1578931466)
- Barneloven. (1981). *Lov om barn og foreldre*. (LOV-1981-04-08-7). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barneombudet. (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert*. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unge. <https://www.barneombudet.no/vart-arbeid/publikasjoner/jeg-skulle-hatt-bup-i-en-koffert>
- Bjørkquist, C. & Fineide, M. J. (2019). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. Cappelen Damm Akademisk.

- Bolin, A. & Sorbring, E. (2014). *Når mange vill hjelpe till. Barns och ungdomars erfarenheter av interprofessionellt samarbete inom den sociala barnvården*. Rapport 2014:1. Högskolan Väst
- Borge, L., Juritzen, T. J. & Hem, M. H. (2018). Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjue år etter Opptappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 15(4), 360-367
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder. En Grundbog*. Hans Reitzels Forlag.
- Brudal, P.J. (1989). *Psykososer og psykoterapi. Schizofreni – uforståelig og uhelbredelig eller et forsøk på tilpasning?* Tano Aschehoug.
- Bufdir. (2022). *Barn og unges tjenestetilbud under covid-19-pandemien*. Statusrapport 15. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5200c4aa9b684eac879709711bd41fac/statusrapport-15-fra-koordineringsgruppen-03.03.22.pdf>
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjoner*. Universitetsforlaget.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. I N. Denzin & Y. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research* (2), 509–535. Thousand Oaks: CA: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage.
- Charmaz K. & Bryant, A. (2011). *Grounded theory and Credibility*. I .D. Silverman, (Red.), *Qualitative Research* (3) 291-309. Sage publications.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. London: Sage Publications Ltd.
- Charmaz, K. (2015). Teaching Theory Construction With Initial Grounded Theory Tools: A Reflection on Lessons and Learning. *Qualitative Health Research*. 25(12), 1610–1622. SAGE
- Dahl, U. (2014). Et salutogent perspektiv. I: E. Skærbæk. & M. Nissen. (Red.), *Psykososialt arbeid Fortellinger, medvirkning og fellesskap* (115-133). Gyldendal.
- Dam, L. (2003). Psykiatrisk miljøterapi – en metode til analyse af miljøterapi i psykiatrisk praksis. *Klinisk sygepleie*. 17(4), 52-57.
- Del Busso, L. (2014). «Pappa hev tallerkener, så forsvant mamma». Psykososialt arbeid med barn som lever med vanskelige livsopplevelser. I E. Skærbæk. & M. Nissen. (Red.). *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap* (45-61). Gyldendal akademisk.

- Den norske legeforening. (2021). *Etiske regler for leger*.  
<https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>
- Denscombe, M. (2014). *The Good Research Guide. For small-scale social research projects*. Open University Press. E-bok.
- Ellingsen, K. E. (2020). Det historiske, ideologiske og verdimessige grunnlaget for miljøterapi. I T. L. Bakken. (Red.) *Håndbok i miljøterapi*. Fagbokforlaget.
- FO. (2017). Vernepleier. Om vernepleieyrket. *Fellesorganisasjonen*.  
<https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>
- FO. (u.å.) Vernepleier i psykisk helse. *Fellesorganisasjonen*.  
<https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf>
- FO. (2019). Så mange FO-medlemmer utsettes for vold og trusler på jobb. *Fellesorganisasjonen*. <https://www.fo.no/nyhetsarkiv/ny-rapport-lansert-sa-mange-fo-medlemmer-utsettes-for-vold-og-trusler-pa-jobb-article6644-28.html>
- Folkhälsomyndigheten. (2021). *Statistik om psykisk hälsa bland barn och unga*.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/barns-psykiska-halsa/>
- Forandringsfabrikken. (2021). *Vi vil dere skal forstå*. 142 barn og unge om selvskading.  
[https://forandringsfabrikken.no/wp-content/uploads/2021/04/Vi\\_vil\\_dere\\_skal\\_forstaa.pdf](https://forandringsfabrikken.no/wp-content/uploads/2021/04/Vi_vil_dere_skal_forstaa.pdf)
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Gallagher, M. (2009). Data Collection and Analysis. In Tisdall, E. K. M., Davis, J. M. Gallagher, M. (Red). *Researching with children and young people: research design, methods and analysis*. SAGE.
- Glaser, B. (2010). *Att göra grundad teori - problem, frågor och diskussion*. Sociology Press.
- Glavin, K. & Erdal, B. (2017). *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Kommuneforlaget.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (21), 105-112.
- Grue, L. (2004). *Funksjonshemmet er bare et ord*. Abstrakt Forlag AS.

- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri*. Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, L. M. & Ulvik, O. S. (2008). *The concept of participation: Sociocultural and legal aspects*. Paper presented at ISCAR's second international conference, San Diego, 9–13. Sept
- Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic process in Psychiatric Milieus. *Psychiatry*. (41), 327-337.
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2020). *Barn, ungdom og koronakrisen*. En landsomfattende undersøkelse av vold, overgrep og psykisk helse blant ungdom i Norge våren 2020. <https://www.nkvts.no/rapport/barn-ungdom-og-koronakrisen-en-landsomfattende-undersokelse-av-vold-overgrep-og-psykisk-helse-blant-ungdom-i-norge-varen-2020-delrapport-1-av-3/>
- Hallgren, A. & Skogstrøm, L. (2022). *Helseministeren svarer: Dette vil hun gjøre med økningen i psykisk syke barn og unge*. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/norge/i/5GqGMe/helseministeren-svarer-dette-vil-hun-gjoere-med-oekningen-i-psykisk-syke-barn-og-unge>
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S. & Fløtten, T. (2020). *Trøbbel i grenseflatene*. Samordnet innsats for utsatte barn og unge. Fafo rapport. <https://www.fafo.no/images/pub/2020/20737.pdf>
- Heggestad, A. K. T. (2019). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Samlaget.
- Helsedirektoratet. (2022). *Psykiske lidelser - barn og unge pakkeforløp* <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/henvisning-og-start-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge#grunnlag-for-henvisning>
- Helsedirektoratet (2021). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2021). *Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/tverrfaglig-videreutdanning-i-psykososialt-arbeid-med-barn-og-unge-er-evaluert>
- Helsedirektoratet. (2020). *Om pakkeforløpet*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/om-pakkeforlopet>



Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020 (IS-2734).

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf> /attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdb744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp201820190121000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet*.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)

Hertz, S. (2010). "There is a crack in everything, and that's how the light gets in" I S.

Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte liv: sykdom uden grænser (75-94)*. Klim.

Høgskolen i Østfold. (2021). *Oppbygging og gjennomføring for bachelorstudium i barnevern*.

<https://www.hiof.no/studier/programmer/bvp-bachelorstudium-i-barnevern/oppbygging/>

Høgskolen i Østfold. (2021). *Oppbygging og gjennomføring for bachelorstudium i sykepleie*

<https://www.hiof.no/studier/programmer/spl-bachelorstudium-i-sykepleie-heltid/oppbygging/>

Høgskolen i Østfold. (2021). *Oppbygging og gjennomføring for bachelorstudium i vernepleie*

<https://www.hiof.no/studier/programmer/ve3-bachelorstudium-i-vernepleie-heltid/oppbygging/#toc1>

Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Fagbokforlaget.

Jacobsen, D, I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget. Kristiansand.

James, A. & James, A. L. (2012). *Key Concepts in Childhood Studies*. SAGE.

- Karlsson, B. (2011). ”Sykepleier i bønn” – om makt, posisjoner og profesjoner i psykisk helsefeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 8 (1).
- Karlsson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet – om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* (2).
- Karlsson, B. (1997). Miljøterapi – begrep og innhold – en kritisk drøftelse. I: Andersen, A. J. W. (Red.). *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Cappelen Akademisk Forlag
- Karlsson, B. & Borg, M. (2021). *Samarbeidsbasert forskning – demokratisk kunnskapsutvikling i psykisk helse- og rusarbeid*. Gyldendal
- Kirkengen, A, L. & Næss, A, B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Universitetsforlaget.
- Krekling, D. V. (2015). *Nå blir det pakkeforløp innen psykisk helse*. NRK.  
<https://www.nrk.no/norge/na-bli-det-pakkeforlop-innen-psykisk-helse-1.12493072>
- Kristoffersen, N, J. (2019). Livsutfordringer og pedagogisk endringsarbeid. I Svalastog, A. L. Kristoffersen, N. J. & Lile, H. S. (Red). *Psykososialt arbeid: Kunnskap, verdier og samfunn*. Gyldendal
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk
- Langballe, Å., Gamst, K. & Jacobsen, M. (2010). *Den vanskelige barnesamtalen. Barneperspektiv på barnevernsarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.  
<https://www.nkvts.no/rapport/den-vanskelige-samtalen-barneperspektiv-pa-barnevernarbeid-kunnskapsbasert-praksis-og-handlingskompetanse/>
- Langaard, K. (2018). *Profesjonelle samtaler med ungdom. Et utviklingfremmende perspektiv*. Gyldendal.
- Leseth, A, B. & Tellmann, S, M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Cappelen Damm.
- Lewis, V. & Kellett, M. (2004). Disability. I Fraser, S., Lewis, V., Ding, S., Kellett, M. & Robinson, C. (Red.). (2004). *Doing research with children and young people*. Sage
- Lillevik, O, G. & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*.(5). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2015.54066
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy - Dilemmas of the individual in public services*. Russel sage foundation.
- Lofthus, L.G. (2017). Bruk av teori for økt refleksivitet i praksis. Praksisarkitektur som rammeverk for å belyse forskerens plass i datagenereringen. I L. Frers, K. Hognestad

- og M. Bøe (Red.) *Metode mellom forskning og læring: Refleksjon i praksis.* (35-55). Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.25>
- Lycke, B. L. & Stevenson, H. B. (2021). *Det som glipper.* Eget verk. Upublisert avsluttende semesteroppgave i Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge. Høgskolen i Østfold
- Løvereide, S., Moe, K. F., Grasmo, M., Stensdal, K., Panjovic, S., Frantzen, H. & Kreyberg, E. (2020). Står tverrfagligheten på spill når vi skal løfte fram barn og unge? *Psykologisk.no.* <https://psykologisk.no/2020/06/star-tverrfagligheten-pa-spill/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag.* Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet.* (358), 483–488.
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World.* Bloomsbury.
- Meld. St. 25 (2020-2021). *Likeverdsreformen. Et samfunn med bruk for alle.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2d4274ffc8f3497aa428a443c0f530ab/no/pdfs/stm202020210025000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 28 (2015-2016). *Fag – Fordypning – Forståelse - Fornyelse av Kunnskapsløftet.* Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e8e1f41732ca4a64b003fca213ae663b/no/pdfs/stm201520160028000dddpdfs.pdf>
- Olkowska, A. (2012). Den fleksible behandler. *Fontene.* [https://fontene.no/mapper/Den\\_fleksible\\_behandler.pdf](https://fontene.no/mapper/Den_fleksible_behandler.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* LOV-1999-07-02-63. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice.* Sage Publications, Inc.
- Paulsberg, A. (2019). “Det er et hull i gjerdet på Furuly”: Tjenestemottaker i et tjenestefelt i endring. I Svalastog, A. L. Kristoffersen, N. J. & Lile, H. S. (Red). *Psykososialt arbeid: Kunnskap, verdier og samfunn.* Gyldendal.
- Regjeringen. (2019). *Barn og ungdom, deltakelse og innflytelse.*

- <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/barn-og-ungdoms-deltakelse-og-innflytels/id670176/>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. Dokument 3:13 (2020–2021)  
<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Rosenberg, A. (2017). *Politisk focus på unga och ledsna*. Nordisk samarbeid.  
<https://www.norden.org/no/node/4550>
- Sanner, M. (2021). *De tror de vet best*. Forandringsfabrikken Kunnskapssenter.  
[https://forandringsfabrikken.no/wp-content/uploads/2021/09/barnevern\\_institusjon-200921.pdf](https://forandringsfabrikken.no/wp-content/uploads/2021/09/barnevern_institusjon-200921.pdf)
- Shannon, W. C. (1991). *Empowerment: the catchword of the '90s*. *Quality Progress*, 24(7), 62-63.
- Sigstad, H, M, H. (2004). Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*. 124: 63-4
- Skogstad, A., Hetland, J., Glasø, L. & Einarsen, S. (2014). Is avoidant leadership a root cause of subordinate stress? Longitudinal relationships between laissezfaire leadership and role ambiguity. *Work & Stress: An International Journal of Work, Health & Organisations*, 28(4), 323-341. doi: 10.1080/02678373.2014.957362
- Skogstad, A., Knardahl, S., Lindström, K., Elo, A.-L., Dallner, M., Gamberale, F., . . . Ørhede, E. (2001). *Brukerveiledning QPS Nordic : generelt spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeidet*. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Skærbæk E. og Nissen, M. (red.). (2014). *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Socialstyrelsen. (2017). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa*.  
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-5-22.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-8-1.pdf>
- SSB. (2018). Statistisk sentralbyrå. *Kvinner og menn i helseyrker møter mest vold og trusler*.  
<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/kvinner-og-menn-i-helseyrker-moter-mest-vold-og-trusler>
- Stamsø, M. A. (2017). *Velferdsstaten i endring. Om norsk helse-og sosialpolitikk*. Gyldendal Akademisk.

- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage Publications.
- Svalastog, A. L., Kristoffersen, N. J. & Lile, H. S. (2019). *Psykososialt arbeid: Kunnskap, verdier og samfunn*. Gyldendal.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tjernshaugen, A., Hiis, H., Bernt, J. F., Braut, G. S. & Bø, V. (2022). Koronapandemien. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/koronapandemien>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal akademisk.
- Tranøy, J. (2015). Pleieutfordringer under etableringen av miljøterapi i norsk psykiatri. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 12(4), 336-344 <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-04-08>
- Ungdata. *Hva er Ungdata?* <https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata/>
- Utdanning.no (2021). *Miljøterapeut*. Utdanning.no  
<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/miljoterapeut>
- Utne, B. (2006). Miljøterapeutisk behandling mangfold og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. (441 – 443). <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2005-04-13>
- Vaglun, P. (2017). Psykiatirevolusjonen i 1960-årene – noe igjen av resultatene? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 137: 702-3 doi: 10.4045/tidsskr.17.0337
- Vård i Norden. (2003). *Etiske riktlinjer i omvårdnadsforskning i Norden*.  
<http://www.codex.vr.se/forskningmedicin.shtml>
- Walseth, L. T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 1(124), 65-66.
- Weber, M. (1997). *Makt og byråkrati*. Gyldendal.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. McGraw-Hill Education.
- Øverlien, C. & Moen, L. H. (2016). Takk for at du spør! Rapport 3. *Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress*  
[https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/02/Rapport\\_NKVTS\\_3\\_2016\\_net.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/02/Rapport_NKVTS_3_2016_net.pdf)
- Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn. Metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Høyskoleforlaget.
- Ådnanes, M., Høiseith, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S. L. (2021). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer* (SINTEF 2021:00090) [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2\\_pakkeforlop\\_1.3.2021\\_signert.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf)

Ådnanes, M., Kaspersen, L. S., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året* (SINTEF 2020:00064).

[https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020\\_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf)

## Vedlegg 1

### **Informasjonsskriv med forespørsel om å medvirke i intervjustudie**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie hvor formålet er å intervju helsepersonell ansatt som miljøterapeuter i spesialisthelsetjenesten ved ungdomspsykiatriske døgnposter. I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Prosjektet ønsker å belyse helsepersonells miljøterapeutiske arbeid i ungdomspsykiatrien med de nasjonale standardiseringene som er for behandling. Aktuell problemstilling og forskningsspørsmål er:

- Hvilke tanker og erfaringer har miljøterapeuter ansatt i ungdomspsykiatriske døgnposter om den hjelpen ungdommene mottar?
- Hvordan oppfatter miljøterapeuter at arbeidsplassens rammer og pakkeforløpene påvirker behandlingen av ungdommen og det miljøterapeutiske arbeidet?
- I hvilken grad tilrettelegges det for at ungdommenes stemme blir hørt?
- Hvordan jobbes det i forhold til familieperspektivet)
- Hvordan ivaretas miljøterapeutene for å kunne gi god og relevant hjelp?

Studien er i forbindelse med at jeg, våren 2022, skal levere en avsluttende masteroppgave i studiet Psykososialt arbeid.

### **Hvem er ansvarlig for studien?**

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for denne studien.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Utvalget består av miljøterapeuter som jobber i ungdomspsykiatriske døgnposter og som representerer de ansatte med tanke på kjønn, alder og profesjonsbakgrunn.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Det vil bli foretatt et intervju over telefon som tar ca 45 – 60 minutter. Det vil bli spurt om kjønn, alder, profesjonsbakgrunn, hvor lang erfaring man har med ungdomspsykiatri i tillegg til spørsmål som omhandler problemstillingen og forskningsspørsmålene beskrevet tidligere.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i studiet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

## Vedlegg 1

Det vil kun være meg og min veileder som har tilgang til opplysningene som gis. Intervjuet vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Intervjuet vil bli tatt opp og deretter transkribert. Når transkriberingen er ferdig vil opptakene bli slettet. Det transkriberte og anonymiserte materialet vil bli oppbevart i mitt hjem, nedlåst i en skuff. Ingen av deltakerne vil kunne gjenkjennes i studien.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når oppgaven er godkjent, noe som etter planen er våren 2022. Personopplysninger og det øvrige materialet vil da bli makulert.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Student Hege B. Stevenson ”e-post adr”

Veileder ved Høgskolen Østfold: Guro Øyen Huby, Professor. ”e-post adr”

Personvernombud Høgskolen i Østfold: Line Mostad Samuelson. ”e-post adr”

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ”e-post adr” eller på telefon: ”tlf.nr”.

Med vennlig hilsen

Hege B. Stevenson



## Vedlegg 1

### Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om studien som ønsker å belyse helsepersonells miljøterapeutiske arbeid i ungdomspsykiatrien med de nasjonale standardiseringene som er for behandling , og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til studien er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2 Intervjuguide

1. Hvor gammel er du?
2. Hvor mange år har du jobbet innen barn- og ungdomspsykiatri? Stillingsprosent?
3. Hva slags utdanningen har du?
4. Hva er din stillingstittel/ansettelsesbeskrivelse?
5. Hvilke hjelpebehov tenker du de inneliggende ungdommene har? Hva trenger de?
6. På hvilken måte er det er lagt til rette for at det kan arbeides slik du mener er best for ungdommene?
7. Hva tenker du er viktig for at det kan arbeides mer slik du mener er riktig for ungdommene? Hva tror du skal til?
8. I hvilken grad har pakkeforløpene innvirket på behandlingen?
9. I hvilken grad har pakkeforløpene påvirket det miljøterapeutiske arbeidet?
10. Kan du si noe om tverrfagligheten på arbeidsplassen? Hvordan synes du det tverrfaglige arbeidet fungerer?
11. I hvilken grad mener du ungdommenes brukermedvirkning ivaretas? Hvordan jobbes det for at deres stemme blir hørt?
12. I hvilken grad er behandlingen familieorientert? Event hva burde det fokuseres mer på?
13. Som ansatt i ungdomspsykiatrien står man i mange utfordrende situasjoner og blir involvert i mye elendighet. a) Hva tenker du at personalet er i behov av for å klare gi god hjelp til de sårbare unge? b) Er dette tilfredsstillende på din arbeidsplass, event. hvordan bør det gjennomføres, hva mener du trengs og hvorfor?
14. Hva er dine tanker rundt det økte presset i ungdomspsykiatrien etter nedstengingen av samfunnet på grunn av covid-19?
15. Har du noe du vil legge til før vi avslutter?