

«Ungdommer på psykiatrisk sengepost og brukarmedvirkning»



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Asbjørn Lindland

Veileder: Margareth Kristoffersen

23.05.18

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING

E-MREMAS MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vårsemester 2018

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Asbjørn Lindland

VEIILEDER: Margareth Kristoffersen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Ungdommer på psykiatrisk sengepost og brukermedvirkning

Engelsk tittel: Youths in a psychiatric ward and user involvement

Emne ord/Stikkord: Brukermedvirkning, miljøterapeut, psykiatrisk sengepost for ungdom

ANTALL SIDER: 51

ANTALL ORD: 17793

STAVANGER: 23.05.2018

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Brukermedvirkning i psykiatrisk helsevern er et viktig satsningsområde for norsk helsepolitikk.

Hensikt: Studiens mål var å utvikle kunnskap om hvordan miljøterapeutene praktiserte brukermedvirkning i det daglige på en bestemt ungdomspsykiatrisk sengepost. Hensikten var å beskrive hvordan miljøterapeutene praktiserte brukermedvirkning i det daglige.

Metode: Forskningsdesign var kvalitativ med et fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Informantene var 5 miljøterapeuter fra en ungdomspsykiatrisk sengepost. Data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Resultatene ble formulert som fire hovedtema:

Forutsetninger hos ungdommer for å praktisere brukermedvirkning, organisatoriske rammer for å praktisere brukermedvirkning, gode relasjoner bidrar til brukermedvirkning og forutsetninger hos personal for å praktisere brukermedvirkning.

Konklusjonen: Studien konkluderer med at praktisering av brukermedvirkning kunne med fordel vært bedre implementert organisatorisk i sengeposten, særlig relatert til ungdommers deltakelse på teammøter og i arbeid med deres behandlingsplan. Tidspress i sengeposten og holdninger i de ulike behandlingsteamene medfører at det kan være utfordrende å involvere alle ungdommene aktivt i brukermedvirkning.

ABSTRACT

Background: User involvement in psychiatric health care is an important focus area for Norwegian health policy.

Aim: The study is aimed at exploring how health professionals practiced user involvement in everyday practice on a psychiatric ward for adolescents.

Method: The research design was qualitative with one focus group interview. The analysis was performed using content analysis. The participants were 5 health professionals working on a psychiatric ward.

Results: The results were formulated as four main themes:

Prerequisites for young people to practice user involvement, organizational frameworks for practicing user involvement, good relationships contributing to user involvement and prerequisites for staff to practice user involvement.

Conclusion: The study concludes that the practice of user involvement could be better implemented organizationally in the psychiatric ward, especially related to youth participation in team meetings and in work on their treatment plan. Time pressure on the ward and attitudes in the different treatment teams may make it challenging to for all the adolescents to be actively involved.

Forord:

Gjennom vårsemesteret 2018 har jeg brukt mye tid på min masteroppgave. Det har vært mange ned-turer, og heldigvis noen oppturer. Innlevering av min masteroppgave i dag er definitivt en opptur. For å komme så langt har det vært mange rundt meg som har vært til ubetydelig hjelp og inspirasjon for å gjennomføre denne studien om brukermedvirkning.

Først og fremst vil jeg takke sengeposten at jeg fikk lov til å foreta fokusgruppeintervju med ansatte som jobbet på sengeposten. Jeg må spesielt få takke informantene som var villig til å dele sine erfaringer og refleksjoner rundt et så viktig tema i en travel hverdag.

Videre vil jeg takke min veileder Margareth Kristoffersen for ubetydelig faglig støtte og hjelp i hele prosessen fra start til mål. Uten hennes verdifulle innspill, nyttige råd og tips, støtte og oppmuntring hadde ikke denne masteroppgaven blitt skrevet.

Og sist, men ikke minst, min tålmodige ektefelle Åslaug, som har gitt meg mye moralsk støtte og hjelp i mine mange nedture og oppturer siste halve året. Det har vært en uvurderlig støtte. Det holdt til slutt!!

Vigrestad, mai 2018

Asbjørn Lindland

“The best kind of patient is one who from great
suffering and danger of life, responds
quickly to at treatment, that interests his doctor
and thereafter remains completely well”

Main (1957)

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag/ abstract

Forord

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Introduksjon og bakgrunn.....	1
1.1.1 Forandringsfabrikken.....	4
1.1.2 Forskerens erfaringer med brukermedvirkning.....	4
1.2 Masteroppgavens mål, hensikt og problemstilling.....	5
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	5
1.4 Oppgavens oppbygging.....	6
2.0 MILJØTERAPI OG BRUKERMEDVIRKNING.....	7
2.1 Historikk om psykiatriens helsetilbud.....	7
2.2 Miljøterapi og relasjonsbehandling.....	8
2.3 Brukermedvirkning.....	11
2.3.1 New Public Management.....	11
2.3.2 Brukermedvirkning.....	12
2.3.3 Empowerment.....	13
2.4 Tidligere forskning.....	14

3.0. METODE	18
3.1 Design	18
3.2 Rekruttering av deltakere	18
3.3 Beskrivelse av deltakerne	18
3.4 Førforståelse	19
3.5 Datainnsamling	20
3.6 Gjennomgang av intervju	20
3.7 Analyse	22
3.8 Forskningsetiske overveielser	23
3.9 Validitet og reliabilitet	24
3.9.1 Validitet.....	24
3.9.2 Reliabilitet.....	25
4.0. PRESENTASJON AV FUNN	27
4.1 Forutsetninger hos ungdommer for å praktisere brukermedvirkning	27
4.1.1 Ungdommer som gjør det enkelt.....	27
4.1.2 Ungdommer som gjør det krevende.....	29
4.2. Organisatoriske rammer for å praktisere brukermedvirkning	32
4.3 Gode relasjoner bidrar til brukermedvirkning	34
4.4 Forutsetninger hos personal for å praktisere brukermedvirkning	37
4.4.1 Invitasjon til deltakelse på team.....	37
4.4.2 Motivasjon til å involvere ungdommer innlagt på nytt.....	40
4.4.3 Formidling av håp.....	41
4.4.4 Samhandling blant miljøterapeutene.....	43

5.0 DISKUSJON.....	45
6.0 AVSLUTNING.....	50
6.1 Oppsummering.....	50
6.2 Konklusjon.....	50
7.0 BIBLIOGRAFI.....	52

VEDLEGG:

Vedlegg nr 1: Forespørsel om adgang til forskningsfeltet i et masterprosjekt om
brukermedvirkning på sengepost XX.

Vedlegg nr 2: Informasjonsskriv til postleder

Vedlegg nr 3: Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt om brukermedvirkning

Vedlegg nr 4: Intervju guide

Vedlegg nr 5: Samtykke til deltakelse i studie

Vedlegg nr 6: Registrering av masteroppgaven

Vedlegg nr 7: Godkjennelse av masterprosjekt

Vedlegg nr 8: Litteratursøk

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon og bakgrunn

Tema for masteroppgaven er miljøterapeuter og brukermedvirkning. Jeg ønsker å studere om miljøterapeutene praktiserer brukermedvirkning på en akutt sengepost for ungdommer. I tillegg vil jeg se på om miljøterapeutene etablerer en aktiv samhandling med brukerne om brukermedvirkning, og får dem til å delta på møter som omhandler dem.

I Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen kommer det tydelig frem at brukermedvirkning vil være et sentralt politisk krav i årene som kommer. For å oppnå de politiske mål som Stortinget har satt seg for brukermedvirkning, kan klarere føringer for å nå målene være helt nødvendig (Helse- og omsorgsdepartement, 2009).

De siste 10 årene har det vært stort fokus i helsepolitiske dokumenter på at brukere i psykisk helsetjeneste skal være mer med å være deltakende i sin egen behandling (Helsedepartementet, 1996-97). I Nasjonal helse – og sykehusplan for 2016-2019, handler det blant annet om at psykisk syke pasienter skal delta aktivt i beslutning om egen behandling. I tillegg skal de være med å utvikle helsetjenesten videre. En ekspertgruppe av pasienter og pårørende er satt ned for å være med i det arbeidet. Et av rådene fra ekspertgruppen er at brukermedvirkning er avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste. Når ekspertrådet snakker om brukermedvirkning ønsker de medvirkning overalt i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartement, 2015).

Psykiske lidelser blant barn og ungdom er et stadig større problem både i Norge og i resten av verden. WHO ([2018]) har uttalt at globalt opplever 10-20 % av alle barn og ungdom psykiske lidelser. Halvparten av alle psykiske lidelser begynnelsen i tenårene. Dersom disse barna ikke får hjelp vil det påvirke barnas utvikling, muligheter for god pedagogisk oppnåelse, samt mulighet til å leve et godt og tilfredsstillende liv.

Tidligere var det slik i Norge at samfunnet skulle bli beskyttet mot brukere med psykiske lidelser (Strømstad, Torbjørnsen, & Aasland, 2016). Pasientene ble satt bort på asyl og på

store institusjoner hvor de ble boende i mange år, noen hele sitt liv. Å få en psykisk sykdom tidligere i Norge gjorde at mange så på personen som «gal» eller «sinnssyk» og de måtte fjernes fra nabolaget og samfunnet generelt. I dag tenker vi ikke slik. I dag tenker vi at pasienter som har psykiske problemer eller andre helsemessige utfordringer selv vet best hva som er bra for dem. Et gammelt norsk uttrykk sier «Den vet best hvor skoen trykker, som har den på». Det er derfor viktig å ta utgangspunkt i hva brukerne ønsker, og hva som er meningsfullt for dem (Strømstad et al., 2016).

I 2016 var det mer enn 237 sengeplasser til barn og ungdom i de 5 helseregionene i Norge. I tillegg var det 48 sengeplasser i private foretak (Statistisk sentralbyrå, 2017). Av disse 237 sengeplassene i det offentlige var 51 sengeplasser i Helseregion vest. Ungdommer mellom 13 – 18 år hadde ingen egen avdeling i Rogaland før 1992. Frem til da ble ungdommer som trengte innleggelse lagt inn på voksenpsykiatriske sengeposter. Fra høsten 1992 og utover 1990 - tallet ble sengeposter og polikliniske enheter opprettet flere plasser (Peck, 2018). Fra å ha lite å si til at brukere av helsetjenestene har fått egne lover (Helsedepartementet, 1996-97; Pasientrettighetsloven, 2000) som faktisk fastslår at de har rettigheter og til å være aktiv med i egen behandling, har det skjedd et stort skritt innen psykisk helsevern i Norge. Å være med å ta del i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling, og være med å bestemme hvordan den gjennomføres er viktig rettigheter de har fått. På en slik måte skal brukerne få bedre muligheter til å mestre eget liv.

Regjeringen Jagland la våren 1997 frem Stortingsmelding nr. 25 Åpenhet og helhet (Helsedepartementet, 1996-97). Denne hadde fokus på tilbudet som ble gitt til mennesker med psykiske lidelser. Et av punktene i denne meldingen var brukermedvirkning. Et underpunkt var «pasienten først» - at det skulle være brukerens behov som skulle være avgjørende for hvilket tilbud som skulle gis ut fra et helhetlig menneskesyn. Opptrappingsplanen for psykisk helse kom i 1998 (Helsedepartementet, 1998). Den skulle bidra til at brukerne skulle bli hørt i enda større grad i egen behandling. Brukerne opplevde likevel ikke å bli tatt med nok i eget behandlingsopplegg. I 1999 kom Lov om Pasientrettigheter (Helsedepartementet, 1998-99). Her fikk pasientene en lovbestemt rett til medvirkning i eget behandlingsopplegg. At pasienten skulle være aktivt inn i egen

behandling handlet om at en så det så viktig for å oppnå gode behandlingsresultat for pasienten, med utgangspunkt i deres behov.

Det er viktig at vi som jobber i psykisk helsevesen lærer av brukernes erfaringer fra å ha vært innlagt i en psykiatrisk sengepost for ungdommer. Ved å ha større innflytelse på eget behandlingsopplegg anses en større mulighet for å oppnå et bedre behandlingsresultat. For i det hele tatt å kunne bruke ordet brukermedvirkning er det viktig at vi som helsepersonell både har kjennskap til, og erfaring med mennesker som har psykiske problemer. Vi må anerkjenne og respektere deres ønsker og behov (Borg & Topor, 2014). Å la brukerstemmen få en viktig plass inn i behandlingen er et stort skritt i å bringe psykisk helse og velferd videre.

For helsepersonell medførte brukerens rett til medvirkning stor endring. Leger og psykologer i sammen med miljøterapeutene var de som tidligere hadde hatt behandlingsansvar der brukerne hadde lite å si. Nå fikk brukerne mer og mer rett til å være deltakende i sin egen behandling. Gjennom Lov om Pasientrettigheter (2000) fikk brukerne en egen rett til å ha medbestemmelse. Fra tidligere og hatt en vokter rolle, skulle nå helsepersonell få større kompetanse om brukermedvirkning, det vil si kunnskaper og ferdigheter slik at de var mer rustet til å kunne gi god hjelp til brukerne. For å nå målet måtte helsepersonell få økt kunnskap. Målet var å få til et sammenhengende behandlingstilbud hvor brukerperspektivet skulle stå i sentrum. Sverdrup la frem en evalueringsrapport i 2007, der han så på tilbudet til ungdom og voksne innen psykisk helsevern (Sverdrup, Myrvold, & Kristofersen, 2007). Rapporten konkluderte at brukerne så nytteverdien i å være med å ta beslutninger som gjaldt deres behandling. Samtidig opplevde de fleste at de ikke ble tatt med på råd. Enkelte av ungdommene som var blitt intervjuet opplevde og at behandlingen ble avsluttet før de følte seg klar for det. Det skjedde blant annet fordi det var beleilig, da for eksempel behandler skulle slutte i jobben.

1.1.1 Forandringsfabrikken

Forandringsfabrikken er et nasjonalt kunnskapssenter som siden 2004 har samlet inn kunnskap om ulike temaer som barn og unge er opptatt av. Et av temaene er psykisk lidelser. Her er ungdommer, såkalt PsykiskhelseProffer, med på å gi råd til fagfolk i helsetjenesten. De sier noe om hva de tror er viktig for barn og ungdom som er i kontakt med Barne- og Ungdomspsykiatriske avdelinger (Forandringsfabrikken, 2014). Et av temaene som de har snakket mye om er brukermedvirkning. For PsykiskhelseProffene har medbestemmelse i behandling, dokumentasjon og tilbakemelding vært viktig punkter i brukermedvirkning. De er opptatt av dersom kontakten med barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) skal være nyttig for dem, så er det viktig at barnet eller ungdommen får lov til å være med å bestemme hvordan hjelpen skal være. Det er og viktig at ungdommen får spørsmål fra miljøterapeutene tidlig i et sengepostopphold om hva slags hjelp vedkommende ønsker å få hjelp med når de kommer til en innleggelse. Det er viktig å lytte til ungdommen, og har ikke ungdommen svarene klare, så er det viktig at det blir spurt om igjen (Forandringsfabrikken, 2014).

1.1.2 Forskerens erfaring med brukermedvirkning

Gjennom mine mange år på sengepost i barne- og ungdomspsykiatrien, har vi alltid selv ment at vi har hatt høyt fokus på brukermedvirkning. De gangene jeg som miljøterapeut brukte mye tid med ungdommene og fikk god kontakt med dem, var de gangene jeg fikk en følelse av at ungdommene opplevde at innleggelse på post hjalp dem i forhold til deres psykiske helse. De følte seg mindre deprimerte eller mindre suicidale.

Etter at Opptappingsplanen kom (Rogan, 2008) og brukermedvirkning ble ett fokus i sengeposten, opplevde jeg at det var mye av den samme tankegangen jeg selv hadde brukt tidligere. Å høre på brukeren, la de få være med å ta avgjørelser om hva som var rett for dem, var viktig.

Har vi klart å få til en god brukermedvirkning på sengeposten? Viser Opptappingsplanens visjoner og mål igjen i sengeposten? Er det implementert i organisasjonen? Vi tror at vi er gode på å praktisere brukermedvirkning, det «henger i veggene» blir det omtalt som. Men

hvor gode er vi egentlig? Er vi så gode som vi tror eller har tiden gått fra oss? Har sengeposten klart å gjøre de grep som skal til for å ha fortsatt fokus på brukermedvirkning? En fare er at vi gjerne tror at vi gjør noe i god tro og fremmer ungdom eller brukers helse uten av vedkommende har samtykket til det. Brukere kan bli spurt om hva tenker rundt sin egen behandling, men helsepersonell legger ikke så stor vekt på det når beslutninger skal tas. Samtidig så tenker helsepersonell at de har latt bruker få lov til å uttale seg, og komme med sine ønsker.

1.2 Masteroppgavens mål, hensikt og problemstilling

Studiets mål er å utvikle kunnskap om hvordan miljøterapeutene praktiserer brukermedvirkning i det daglige på en sengepost. Hensikten er å beskrive hvordan miljøterapeutene praktiserer brukermedvirkning. Det vil si at studien skal sette fokus på hvordan brukermedvirkning ivaretas, og om miljøterapeutene tar ungdommene aktivt med i behandling ut fra hvordan miljøterapeutene selv ser det.

Problemstillingen lyder slik:

På hvilken måte praktiserer miljøterapeutene brukermedvirkning i det daglige på en ungdomspsykiatrisk sengepost?

Forskningsspørsmålene som er ment å fungere retningsgivende for studien, er formulert slik:

- Hva mener miljøterapeutene er god brukermedvirkning blant ungdommer?
- Hvordan er muligheten til å praktisere god brukermedvirkning på posten?

I oppgaven brukes både bruker og ungdom om hverandre.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Det er flere perspektiver rundt brukermedvirkning som kunne vært interessant å se på i denne studien. Men tidsaspekter gjør det ikke mulig.

Som forsker valgte jeg å gjøre et fokusgruppeintervju. Det var fem informanter med. Det kliniske feltet er ungdomspsykiatri og miljøterapi.

Brukermedvirkning kan være veldig mye. Jeg begrenset temaet til først og fremst til å handle om medbestemmelse i deltakelse på teammøter og aktiv med i utformingen av behandlingsplanen. Det var to av de viktigste forslagene som Forandringsfabrikken kom med. Forsker har i tillegg vært opptatt av om miljøterapeutene klarer å praktisere miljøterapi innenfor de rammer som posten har til rådighet, eventuelt hvilke utfordringer opplever de står i veien for å aktivere ungdommene mer med i sin egen behandling. Min studie er i seg selv en liten undersøkelse fra en arbeidsplass og kan ikke generaliseres over til andre sengeposter. Likevel kan studien være noe andre kan bygge videre på dersom noen ønsker å se mer på det.

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel 2 er fokus teori om brukermedvirkning og gjennomgang av tidligere forskning.

I kapittel 3 vil jeg presentere studiens metode. Her inngår forskningsdesign, rekruttering av deltakere, inklusjonskriterier og datainnsamling. Deretter vil forsker beskrive gjennomføring av fokusgruppe intervjuet. Videre vil forsker presentere forskers førforståelse, analyse og avslutte kapittelet med forskningsetiske overveielser.

Kapittel 4 handler om presentasjon av resultatene. Her vil forsker gi en beskrivelse av de funn forsker kom frem til. I kapittel 5 vil forsker diskutere problemstillingen ved å løfte frem studiens viktigste funn opp mot tidligere forskning. Avslutningsvis vil forsker i kapittel 6 oppsummere arbeid med studien og konkludere med funn som kom fram.

I det neste avsnittet vil jeg nå gå over til å se på hva miljøterapi er på en ungdomspsykiatrisk sengepost, og hvor viktig brukermedvirkning er blitt for å hjelpe ungdommene til bedring.

2.0 MILJØTERAPI OG BRUKERMEDVIRKNING

2.1 Historikk om psykiatrisk helsetilbud

Psykiatrien som begrep er fra ca 1800 tallet. Ordet *psyke* er gresk og betyr ånd/sinn, og *iateria* betyr legegjerning eller helbredelse (Dahl & Malt, 1994). De fleste psykiatriske institusjoner ble bygget før 1926. Pleiepersonell som jobbet der hadde lite utdanning og det var ofte knapt med legeressurser. Paternalisme og ekspertvelde representerte en tanke om «vi vet best» holdning for deg som pasient, fordi de ikke viste sitt eget beste selv. Pasientene ble fratatt selvråderett og ble i stede en passiv mottaker av andres almisser (Strømstad et al., 2016).

Gjennom hele 1900 tallet og inn i 2000 tallet har psykiatrien hatt store strukturelle endringer. Dette gjelder spesielt de siste 30-40 årene. Fra å være en lukket institusjon der det var låste dører og luftegårder der pasientene fikk gå ut å få frisk luft, kom det etterhvert flere bo-muligheter for psykiatriske pasienter. Gjennom sektorisering av sykehusene som kom utover 1960 tallet, fikk hvert sykehus et begrenset opptaksområde. Sykehusene fikk da totalansvaret for alle pasienter som måtte ha behov for psykiatrisk behandling. Det førte til integrerte tjenester med allmennhelsetjeneste og førstelinjetjeneste i psykiatrien. Etter hvert har det blitt bygget ut flere distrikt psykiatriske senter, og senere vernet bolig (Dahl & Malt, 1994). Likevel er fortsatt sykehusbehandling en viktig hjørnestein i behandlingen av mennesker som er i behov av psykiatrisk behandling. Mange mennesker som har store psykiatriske lidelser vil i løpet av behandlingsforløpet trenge et opphold på en psykiatrisk sengepost. Oppholdet på sengeposten skal ikke bare være til beskyttelse for selvskadene atferd eller en beskyttelse for samfunnet. Gjennom oppholdet på sengepost er målet at pasientene skal få mindre av sine psykiske symptomer og økt fokus på funksjonsnivå for å kunne klare seg videre ute i sitt lokale miljø med oppfølging fra poliklinisk behandler (Strømstad et al., 2016).

2.2 Miljøterapi og relasjonsbehandling

Miljøterapi er et begrep som strekker seg 70 år tilbake i tid. Allerede i 1946 så skrev psykiater Tom Main (Thorgaard & Haga, 2014) om «hospitalet som terapeutisk institusjon. Main var opptatt av at sykehusene eller asylene fratok pasientene status som ansvarlige mennesker. Main ønsket et samfunn inne på asylene, der han fikk alle i avdelingene med i dagliglivets aktiviteter. Målet var at dersom pasientene fungerte bra inne på avdelingene, var overgangen til samfunnet på utsiden lettere. I en studie på 1980 tallet utført av McGlashan og Keat viste forskningen at dersom pasientene fikk bedre relasjonsevne den tiden de var innlagt, førte det til et bedre liv og psykososial fungering etter at de ble utskrevet fra sykehuset (Havens & Fields, 1990). Thorgaard (2014) skriver videre at terapeutene forsto hvor viktig samhandlingen terapeut og bruker i mellom var tilrettelagt i forhold til pasientens relasjonsevne. Det var viktig for å unngå empatisk svikt.

Miljøterapi kan defineres på følgende måte:

«Miljøet skabes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, sådan som disse viser sig i samspillet med patienterne, og som de oplevelse av patienterne. Miljøet skabes av bidrag fra patienter og personale indenfor fysiske, bygningsmæssige og lokalmæssige rammer, hvor også betydningens beliggenhed og fysiske omgivelser er viktige faktorer. For mennesker med psykiske sygdom er miljøterapi å være og handle både i og udenfor afdelingsmiljøet/institutionens miljø over tid» (Thorgaard & Haga, 2014, p. 131).

Miljøterapi skapes av blant annet personalets holdninger og handlinger. En viktig holdning er å være opptatt av å skape en god relasjon til brukerne. Thorgaard (2014) sier at en god relasjon er utgangspunktet for all psykiatrisk behandling. Det terapeutiske miljøet blir skapt i relasjonene mellom bruker og miljøterapeut. Dermed er brukeren med å utforme miljøet og sin behandling på bakgrunn av sitt innspill i relasjonen med miljøterapeuten.

Opjordsmoen og kolleger (2008) sier at mer enn 1000 psykoterapistudier viser at dersom pasienten føler at terapeuten forstår ham eller henne i en meningsfull relasjon, blir forløpet av mange psykiske lidelser bedre. Relasjon over tid, er det sterkeste virkemidlet vi har i psykiatrien. Det viser hvor viktig en god relasjon mellom brukeren og all helsepersonell, fra assistenter og miljøterapeuter til leger og psykologer, er. Det å bli sett og forstått av den

som skal være hjelper er helt grunnleggende for at brukerne skal få en tro på at vi både vil og kan hjelpe de. Brukerne må bare slippe miljøterapeutene til. Men da må relasjonene mellom brukerne og miljøterapeutene være tilstede. Likevel opplever mange miljøterapeuter det krevende og utfordrende å jobbe med brukere som ikke er interessert i å motta hjelp, men heller avviser hjelpen som miljøterapeutene ønsker å gi. Brukerne kan ha en skremmende oppførsel, noe som gjør relasjonsbyggingen vanskelig, og som kan oppleves ubehagelig for miljøterapeutene.

Opjordsmoen sier:

Det som skal være psykiatriens spesialitet, er at medarbeidere bedre enn andre klarer å utvikle konstruktive relasjoner til mennesker som kan være ubehagelige, usympatiske, forvirrede, aggressive redde osv. – mennesker som de fleste av oss sannsynligvis aldri ville fått som venn, og ikke snakket til hvis de bodde i oppgangen vår (Opjordsmoen, Thorsen, & Vaglum, 2008).

Å opprettholde psykiatriens spesialitet er krevende med ungdommer som ikke ønsker hjelp. For personalet som står i en utfordrende relasjon med en ungdom, er det viktig med god feedback fra kollegaer eller gå i veiledning. Dermed har en mulighet til å endre på uheldige relasjonsmønstre.

I psykiatriske institusjoner er det et ønske at det praktiseres god brukermedvirkning fra miljøterapeutene til brukerne. Det kan igjen føre til et større ansvar fra helsepersonell til brukeren selv. Brukeren får dermed mer kontroll over eget liv og helse (Storm, Rennesund, Jensen, & Mikkelsen, 2009). For å få det til er det viktig at det er en god relasjon mellom bruker og miljøterapeut. Storm sier:

Helsearbeiderens fagkunnskap sammen med en genuin interesse for pasientens behov, empati, toleranse og fleksibilitet er sentrale egenskaper hos helsepersonell som vil legge til rette for terapeutisk kommunikasjon og tillitt mellom helsearbeideren og pasienten (Storm et al., 2009)

Videre sier Thorgaard (2014) at godt relasjonsarbeid er blitt en ny tilknytningsrelasjon. Med det så mener Thorgaard at miljøterapeuter har store muligheter for å være med å påvirke og endre gamle mønstre som pasienten har kjørt seg fast i. Videre så sier han at forskning viser at det er ikke velformulerte tolkninger som brukerne sitter igjen med. Det de sitter igjen med er hvordan miljøterapeuten viste seg som et medmenneske. For å få det til kreves det at miljøterapeuten er genuint interessert i pasienten. Det kreves mye engasjement og stor

følelsesmessig involvering. Thorgaard sier og at en god relasjon er det beste utgangspunkt for en god psykiatrisk behandling (Thorgaard & Haga, 2014).

Belin (2010) sier at miljøterapeuter må ha en relasjon med en bruker før en kan begynne å behandle vedkommende. Ofte kan miljøterapeuter ha stort ønske om å hjelpe til for å finne ut hva pasienten strever med. Likevel opplever de at brukerne ikke er samarbeidsvillig, og svarer ikke på spørsmålene som blir stilt. For å få til et godt samarbeid, og å klare å få pasienter i tale, er det viktig at vi har klart å oppnå den tillit som er så viktig for å bygge en god relasjon. Relasjonene er det som må ligge som utgangspunkt for den videre behandlingen (Belin, 2010).

Ofte kan tiltakene være så ubetydelige at miljøterapeutene ikke kommer på det. Det å bli sett og hørt av personell, eller at helsepersonell er en god venn er og tiltak som hjelper (Borg & Topor, 2014). Videre skriver og Borg og Topor at personkjemie er viktig for en god relasjon. Dersom en miljøterapeut gjør noe ekstra for en ungdom, kan denne pasienten oppleve seg ekstra sett, noe som er med å gjøre noe med relasjonen. En annen ting kan være dersom miljøterapeut eller annet helsepersonell er mer åpent om seg selv og sitt liv, så oppleves det for brukere mer at de er en «venn» noe som er viktig i bedringsprosesser.

Kristoffersen (2006) sier at profesjonalitet for miljøterapeuter i dag betyr å være upartisk og saksorientert, samtidig som du er emosjonell og deltakende i brukerne sin behandling (Kristoffersen, 2006). Tidligere var en mer objekt og mer teoretisk, og ikke så opptatt av brukerne sin egen historie. Miljøterapeutene var mer distansert og en bedreviter. Brukerne følte seg tingliggjort, og de hadde lite å si i sin egen sak. Ved å være mer deltakende som helsepersonell er i dag, oppnås det en bedre relasjon til brukerne. Å gi støtte til motivasjon og vise empatisk forståelse er viktig måte å hjelpe brukerne til bedre livskvalitet. Å formulere rimelige forventninger til brukerne er en annen måte å hjelpe på. En viser at en har tro på dem, og hjelper dem å nå de mål de har satt seg (Kristoffersen, 2006). Gjennom ord og handling viser dagens miljøterapeuter en annen holdning til brukerne enn hva helsepersonell gjorde tidligere.

I dette avsnittet har jeg nå sett kort på hvordan miljøterapi startet for over 70 år siden og frem til i dag. I dag tenker man at relasjonen er en viktig bærebjelke i miljøterapien. Klarer miljøterapeutene å skape en god relasjon mellom dem og brukerne, blir utbyttet av behandlingene for brukerne også bedre (Strømstad et al., 2016).

2.3 Brukermedvirkning

2.3.1 New Public Management

Brukermedvirkning ble innført i helsetjenesten samtidig med at Norge i likhet med mange andre vestlige land gjennomført en rekke reformer innenfor offentlig sektor. Reformene har hatt som formål å effektivisere og øke konkurransen mellom ulike offentlige tjenester. Det er et ønske om å få bedre styring på tjenestene (Stamsø, 2017). En fellesbetegnelse på disse reformene er New Public Management. Målet har vært å ha færre regler for hvordan man gjennomfører arbeidsoppgavene, men ha tydelige mål å jobbe mot. Dette henger sammen med at den offentlige sektor har blitt kritisert for å være lite effektiv, da det har vært lite fokus på økonomi og effektivitet. Det har dermed blitt viktig for offentlig sektor at det skal lønne seg «å gjøre de rette tingene» slik det er blitt gjort i private sektor (Stamsø, 2017). Offentlige tjenester i Norge har også hatt sterk vektlegging på kvalitet og service. Det skal være tilpasset den enkeltes behov, og den enkelte bruker skal selv ha mulighet til å velge tjenester.

Økt fokus på bruker og brukermedvirkning er eksempler som viser at det er tatt grep mot enkeltindividets rettigheter og brukernes tilfredshet. Her har fokuset vært å bedre service, utvidete valgmuligheter og letter tilgang på informasjon (Stamsø, 2017).

2.3.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan presenteres på ulike måter. Larsen, Nordal og Aasheim sier:

Brukermedvirkning er lovpålagt og skal være ettersporbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøvers plikter blir ivaretatt. Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringer for å kunne yte best mulig hjelp. Kvalitetsforbedringene ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver (Larsen, Nordal, & Aasheim, 2006).

Brukermedvirkning omfatter mer enn at det skal være ettersporbart i form av å være ivaretatt slik det er nedtegnet i lovverket og føringer fra myndighetene. En viktig side med begrepet er at miljøterapeutene plikter å vise anerkjennelse og respekt for brukerens egne erfaringer. Storm og kolleger (2009) sier at brukerens beslutningsprosesser som angår utforming og gjennomføring av helsetjenester, er blitt sikret nettopp fordi de har brukermedvirkning og skal være en samarbeidspartner til miljøterapeuter (Storm et al., 2009).

En stor utfordring for miljøterapeutene er å få til en god relasjon til ungdommer for å praktisere god brukermedvirkning. Storm med flere (2009) sier at relasjon er en viktig faktor for å få en god brukermedvirkning. Samtidig opplever miljøterapeutene det utfordrende. Det kan ha sammenheng med brukerens egen motivasjon, vanskeligheter for å forstå miljøterapeutens formidlingsevne, eller brukerens mentale tilstand gjør det vanskelig (Storm et al., 2009).

Storm med flere (2009) sier og at det er en høy bevissthet hos miljøterapeutene at de har et tydelig ønske om at brukerne skal være med å uttale seg om hvordan de ønsker hjelp i sin behandling. I de perioder der brukerne er mindre motivert til å være aktivt med i samhandlingen, er det viktig at miljøterapeuter og annet helsepersonell er med og motiverer de og legger godt til rette slik at brukeren kan få en aktiv deltakelse på møter og i utforming av sin behandlingsplan.

Brukermedvirkning har og blitt sett på som et pedagogisk hjelpemiddel for å gi opplæring til brukere som måtte lære å ta ansvar for seg selv og sitt liv. Brukerne har fått en følelse at de

er med å påvirker behandlingen gjennom å følge en instruksjon eller en veiledning gitt av helsepersonell (Andreassen, 2005).

2.3.3 Empowerment

Stang oversatte empowerment til bemyndigelse (Stang, 1998). Ordet bemyndigelse sin engelske opprinnelse er empowerment som betyr «å bemyndige noen til», «å gi noen makt til» og «å gjøre noen i stand til». På norsk defineres ordet som «å gi myndighet eller fullmakt» (Stang, 1998). Empowerment går tilbake til 1960 årenes radikale strømninger. Hensikten var å fremme vanlig kvinne og manns deltakelse i samfunnet. Kvinnefrigjøring, studentopprør og de svartes rettigheter i USA var viktige samfunnsmessige opprør som skjedde (Stang, 1998; Storm et al., 2009). Innenfor helse- og sosialtjenesten ses brukermedvirkning ofte i sammenheng med empowerment. Begrepet ble bygget på selvhjelpsperspektivet fra 1970 årene, som for helsepersonell gjorde utslaget i en egenomsorgsmodell (Stang, 1998). Hovedbudskapet går på at brukerne skal ivareta sin egenomsorg. Det skal styrke enkeltindividets innflytelse og kontroll over forhold som påvirker den enkeltes helse. Brukeren skal også ta mer kontroll og ansvar overfor eget liv og helse (Storm et al., 2009).

Stamsø (2007) er opptatt av at folk må få lov til å ha større innflytelse på sitt eget liv og sine egne valg som er med og påvirker helsen. For å vite hvilke valg og muligheter som fins mener hun at det er viktig at vi må få større kunnskap og kjennskap om disse forholdene. Gjennom empowerment får man muligheter til å være med å ta valg som har betydning for sin psykiske helse. Derfor er både prosessen som foregår like viktig som selve resultatet. Å oppleve en mestringsfølelse og kontroll over eget liv har igjen stor innvirkning på den psykiske helsen (Stamsø, 2017).

Paternalisme forbindes ofte med maktmisbruk og kontroll, og står i sterk kontrast til likeverd og autonomi, og kan føre til at en umyndiggjøring av den andre (Skau, 2017). Det er fagfolkene som vet best hva brukeren trenger, ikke motsatt. Her er det ikke lagt opp til at det er fagfolk som skal lære noe gjennom brukermedvirkning. Her er det lagt opp til at brukerne

skal delta og lære. Stamsø (2017) sier at vi ikke må gjøre noe for andre uten at vedkommende har samtykket til det. Samtidig er det slik at det offentlige samfunn av og til påvirker eller begrenser valgmulighetene for den enkelte. Det trenger ikke bety at paternalistiske handlinger er negative. Samfunnet er med å legge forholdene til rette slik at den enkelte tar gode og sunne valg. Vi blir alle påvirket i våre valg. Og enkelte valg har vi heller ikke alltid forståelse til å forstå konsekvensene av. Tilretteleggingen fra samfunnet er ment som et gode for at vi skal gjøre de rette valg, selv om det innebærer et viss frihetsangrep – såkalt myk paternalisme (Stamsø, 2017).

Jeg har nå presentert begrepene New Public Management, brukervedvirkning og empowerment for å få en større forståelse av brukervedvirkning. Jeg vil i neste avsnitt gå over å presentere ulik forskning om brukervedvirkning som er gjort i Norge og i utlandet. Da det ikke er gjort så mye studie på barn og ungdom vil også noe av forskningen som presenteres, vært gjort på voksne brukere. Likevel er resultatene som er funnet i studier som er gjort på voksne pasienter, dagsaktuelle for unge brukere.

2.4 Tidligere forskning

I studien «Min stemme teller» (Høiseth, 2016), blir det tatt utgangspunkt i at det er viktig at barn og ungdommer sine tanker, opplevelser og erfaringer står sentralt i gjennomføring og utvikling av gode tjenester. Kompetansesenteret for brukererfaringer og tjenesteutvikling i Midt Norge tok initiativ til å se på det ut fra brukeren side. Prosjektets mål var å få til en god metode som skulle ha fokus på barn og unges egne erfaringer. De erfaringene ungdommene hadde med hjelpetilbudet, skulle være en like viktig stemme som fagfolk og andre voksne sine vurderinger. Funn viste at ungdommene følte at de bidro med nyttig informasjon om sine erfaringer fra BUP. Samtidig gav flere av dem uttrykk for at prosjektet hadde hatt en stor gevinst i form av å få økt selvtillit og empowerment (Høiseth, 2016).

Forskningsresultatene viste at ansatte i BUP opplevde ungdommenes stemme med i prosjektet som veldig nyttig. Rapporten inneholdt flere konkrete og viktige anbefalinger fra ungdommene som ansatte kunne jobbe ut fra. Den direkte tilbakemeldingen om pasientbehandling var viktig informasjon for de ansatte. At det var ungdommer som hadde

kommet med tilbakemeldingene, og at det var skrevet på ungdommenes eget språk, berørte de ansatte mer enn om det var skrevet på en akademisk måte.

I en brukerundersøkelse blant voksne innskrevne fulldøgnpasienter ved psykiatrisk sengeposter i Norge (Bjerkan, Pedersen, & Lilleeng, 2009), svarte flertallet at de var fornøyd med behandlingen de fikk på sengepostene. Resultatene fra brukerne gav samtidig uttrykk for at de hadde lite påvirkning og medbestemmelse av sitt eget behandlingstilbud.

En studie fra Australia hadde fokus på ungdommer som hadde utfordrende atferd (Green, Wisdom, Wolfe, & Firemark, 2012). Studien ønsket å se på mulige forbedringer i engasjement, og i forhold mellom engasjement og resultatet av behandlingen. Dette var en gruppe ungdommer som var spesielt utsatt i forhold til suicidal atferd og stor fiendtlighet. Forskningsresultatene viste at forbedret engasjement hos ungdommene ble oppnådd etter en tidlig vurdering og forble stabil til etter utskrivning. Alle mål av utfallet/behandlingen viste og betydelig forbedring etter utskrivelsen. Det som ungdommene opplevde som viktig faktorer for bedring var at de hadde stor grad av brukermedvirkning inn i sin egen behandling. De opplevde at de hadde et godt samarbeid med helsepersonell. Å være engasjert i sin egen behandling førte og til at ungdommene opplevde en nytteverdi i det. I tillegg var det et godt forhold og samspill mellom ungdom og behandler. En god relasjon som de opplevde godt. Denne studien konkluderte med at dersom en skal hjelpe ungdommer som er særskilt vanskelig å nå, er det særskilt viktig at helsepersonell fokuserer på samarbeid og brukermedvirkning med ungdom. I tillegg er det viktig at det er en sterk allianse mellom terapeut og ungdom.

Green og kolleger (2012) gjorde en studie som hadde som mål å se på hva som var den beste inngangsporten for å få god kontakt med, samt engasjere ungdommer innen psykiatrien (Green et al., 2012). Gjennom 4 semistrukturerte intervju over en 2 års periode la forskerne frem sine resultater. Funn viste at de som var i fra alderen 16 år og oppover til 30 år var spesielt opptatt av fem temaer: Ha en alderstilpasset tilnærming som reflekterer over ungdomskulturen, oppfordre til utvikling av autonomi, bruk en personlig stil, ikke opptre som fagperson, og å være empatisk og ekte og opprett et tryggende og støttende miljø. I

konklusjonen la Green og kollegaer (2012) vekt på at funn kunne tyde på at terapeuter som henvender seg til ungdommer med alvorlig psykisk sykdom, og tar hensyn til ungdommenes alder og kultur, kan utvikle sterkere og bedre forhold til ungdommene og gjøre dem mer engasjert i egen behandling.

En studie som ble gjort blant voksne brukere som var på distrikt psykiatriske senter, poliklinikker, ambulerende team, samt kommunale psykiske tjenester i Oslo, Trøndelag og Møre og Romsdal, ønsket Steinsbekk med flere (2013) å finne ut hva brukere av helse- og sosialtjenester beskriver som et godt tjenestetilbud (Steinsbekk, Rise, Westerlund, & Bjørgen, 2013). For å finne ut hva brukerne beskriver som god kvalitet, kan helsepersonell ha ulike oppfatninger av hva som er god kvalitet i forhold til brukerne. Gjennom evalueringen fant de ut at det var flere punkter som var viktig for å ha en god kvalitet for brukerne av det psykiatriske tjenestetilbudet. Et av punktene var å ha felles beslutninger. For brukerne som var med i denne undersøkelsen var det tydelig at det var viktig at helsetjenesten inviterte de med. At brukerne ble oppmuntret til å være aktiv, og at det ble lagt til rette for dem til å være med i beslutningsprosesser var viktig. Rammene måtte være slik at brukerne torde, og kunne delta aktivt. Like viktig var det at det var forutsigbart. Informasjon om hvor beslutningene ble tatt, og muligheter for at brukeren kunne få si hva han eller hun måtte mene om saken.

I studien til Solbjør & Steinsbekk (2011) ønsket de å se på brukermedvirkning i både somatiske og psykiatriske sykehusavdelinger, og hvordan dettet fungerte.

Det var en kvalitativ studie med 18 ansatte fra 12 sykehusavdelinger, herav 4 psykiatriske avdelinger i Helse Midt Norge HF. Målet med studie var å undersøke hvilke erfaringer de ansatte hadde med brukermedvirkning. Forskningsresultatene viste at det var helsepersonell som vanligvis tok initiativ til brukermedvirkning. Helsepersonell var og mest opptatt av å få innspill på kvalitetsutvikling og service. Brukerne ble i mindre grad involvert i de faglige spørsmålene (Solbjør & Steinsbekk, 2011).

En undersøkelse gjort av Mathisen og kolleger (Mathisen, Obstfelder, Lorem, & Måseide, 2015), viser hvor vanskelig praktisering av brukermedvirkning kan være gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. I artikkelen kommer det frem at fagpersoner ikke fratras det faglige ansvaret, men at både bruker og pårørende har rett til å være aktivt med i beslutning av de valg som blir gjort. Forskningen viser til at dialog og en felles forståelse mellom brukerne og helsepersonell står sterkt for å få til brukermedvirkning og tilfriskning. Likevel viser undersøkelsen til Mathisen (2015) med flere, at medvirkning ofte blir overskygget av at brukere som skal få hjelp, har langvarige hjelpebehov. Det kan igjen føre til at brukerne bli tillagt større ansvar for egen bedring, noe de ikke er i stand til, og dermed blir de ytterlig marginalisert. Gjennom miljøterapeutiske tiltak kunne brukerne eksempelvis være med på å bestemme lunsj. Ønsket de kott eller stekt egg? Eller ville de heller ha kakao? Det var vanskelige avgjørelser for brukerne å ta, og det hendte ofte med at det tilslutt ble personalet som tok avgjørelsen. Brukerne kunne så nikke eller avkrefte om de var enige eller ikke. Slik var det i mange dagligdagse situasjoner. Personal opplevde at de presset brukerne for langt, men opplevde likevel at de i etterkant av aktiviteter opplevde et engasjement for deltakelse i hvert fall i akkurat den aktiviteten. Studien viste at det er krevende å praktisere god brukermedvirkning på en sengepost. Det forutsettes at det legges til rette, og at miljøterapeutene har stort pågangsmot og utholdenhet.

I studien til Storm og kolleger (2009) trakk brukerne frem flere årsaker til manglende engasjement og aktiv deltakelse i sin egen behandling. De to viktigste grunnene var at de enten var tvangsinnlagt, eller at de fikk tvangs behandling. En annen grunn til at de mistet interesse for sin behandling var nettopp på grunn av sin psykiske lidelse og medisinerings (Storm et al., 2009). Forskningsfunn viste at brukerne følte de fikk brukermedvirkning i deler av avdelingen, mens andre rutiner ikke åpnet opp for aktiv brukermedvirkning for dem.

Jeg har nå presentert ulike forskningsfunn knyttet til brukermedvirkning. I det neste avsnittet vil jeg se på hvordan miljøterapi praktiseres på en ungdomspsykiatrisk sengepost, og hvor viktig brukermedvirkning blir i behandlingen av brukerne.

3.0 METODE

I dette kapitelet vil jeg presentere studiens design, utvalg og innsamling av data, førforståelse, forskningsetikk, validitet og relabilitet.

3.1 Design

Min forskningsdesign er kvalitativ (Malterud, 2017). Innsamling av data skjer ved hjelp av fokusgruppeintervju. Ved å bruke kvalitative tilnærminger har jeg som forsker mulighet til å få tilgang til tanker og erfaringer miljøterapeutene har om mitt forskningstema (Malterud, 2017).

3.2 Rekruttering av deltakere

Jeg søkte etter informanter som arbeidet som miljøterapeuter. Postleder var kontaktperson i forbindelse med rekruttering av deltakere til studien.

3.3 Beskrivelse av deltakere

Studiens inklusjonskriterier var informanter med 3-årig helse- eller sosialfaglig bachelor utdanning. I tillegg måtte deltakere ha minst 50 % stilling på sengeposten og vært fast ansatt i minst 2 år. Det ble rekruttert 5 miljøterapeuter. Dette antallet informanter er passelig. Tre kvinner og to menn i alderen 35 - 65 år takket ja til å være med. De som hadde jobbet kortest ved sengeposten hadde vært der i 3 år, mens de som hadde jobbet lengst hadde vært ansatt i over 10 år. Utvalget bestod av vernepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer.

3.4 Førforståelse

Førforståelse kan være en utfordring for studiens validitet. Å vite noe om temaet som skal forskes på kan både være en fordel og en ulempe. Førforståelse handler om den forståelse og bilde forsker har om temaet (Thagaard, 2013). Det gjelder om forsker har erfaringer med temaet, om vedkommende har teoretisk kunnskap om brukervedvirkning og miljøterapeutenes arbeid på en ungdomspsykiatrisk sengepost. En tredje ting kan være at vedkommende har en del forutinntatte meninger om temaet (Lundman & Graneheim, 2012). Lundman & Graneheim sier at det er ulike oppfatninger blant forskere om forsker skal utnytte sin førforståelse. Som forsker tenker jeg at det var bra å ha denne kunnskapen. Jeg kunne sette meg fort inn i situasjonen til miljøterapeutene, forstå problemstillingen, samt stille flere oppfølgingsspørsmål som var naturlig å gå videre med. Jeg hadde jobbet på sengeposten tidligere både som miljøterapeut og postleder. I tillegg hadde jeg et stort engasjement for brukervedvirkning. Det gjorde at jeg hadde med meg en førforståelse inn i studien. Informantene hadde og erfaring fra brukervedvirkning. I tillegg hadde sengeposten hatt prosjektet med Forandringsfabrikken. Et av punktene Forandringsfabrikken var opptatt av, var nettopp brukervedvirkning. Nå hadde jeg en opplevelse av at det var veldig travelt på sengeposten, og ungdommene var ikke så lenge innlagt før de ble utskrevet. Det gjorde at jeg hadde en førforståelse av at det var en stor utfordring for miljøterapeutene å få praktisert brukervedvirkning på sengeposten.

3.5 Datainnsamling

Som forsker brukte jeg fokusgruppe som verktøy for å samle inn data. En fokusgruppe er nyttig for forsker å bruke fordi en utnytter merverdien av samhandlingen mellom informantene på en bedre måte enn hva en vil få ved å ha fem individuelle intervjuer. Spesielt viktig er det dersom forsker ønsker å lære noe om erfaringer og holdninger fra en arbeidsplass der mange samhandler (Malterud, 2017). Her kan forsker få nyttig informasjon om informantenes holdninger og meninger om studiets tema og problemstilling (Thagaard, 2013).

Før fokusgruppeintervjuet ble gjennomført, ble det utarbeidet et semistrukturert intervjuguide med 3 hovedområder. Disse områdene var: miljøterapeutens opplevelse av brukermedvirkning, Forandringsfabrikken og rammebetingelser for brukermedvirkning (se vedlegg 4 – Intervjuguide). Spørsmålene hadde fokus på om miljøterapeutene praktiserte brukermedvirkning i det daglige på posten, og hvordan det eventuelt ble gjort. Videre ønsket jeg å se på om miljøterapeutene var blitt mer bevisst å ta med brukerne i utformingen av behandlingsplaner, og om ungdommene var med på team, eller andre samarbeidsmøter. At innsamlingen av data ble gjort ved hjelp av et semistrukturert intervju (Malterud, 2017), innebar at spørsmålene var laget på forhånd.

3.6 Gjennomføring av intervju

Selve intervjuet ble gjennomført på et sted der vi ikke ble avbrutt av forstyrrelser fra sengeposten. Noen av miljøterapeutene var på jobb, og fikk fri til intervjuet. Andre skulle på kveldsvakt og kom dermed tidligere inn for å være med på intervjuet. Andre igjen hadde fri og stilte opp på fridagen sin. For å utnytte tiden best mulig var det satt 1.5 time før vaktskiftet, slik at de som kom på jobb kunne gå rett videre på rapport. Intervjuguiden inneholdt noen underspørsmål for å sikre at relevante spørsmål ikke ble glemt dersom de ikke kom naturlig frem i diskusjonen. På grunn av forsinkelse av en informant, fikk vi kun 5 kvarter til å gjennomføre intervjuet.

Som moderator under fokus gruppeintervjuet ønsket jeg at det skulle være en mest mulig flyt i samtalene blant informantene slik at det ble en dialog med dem om temaet brukermedvirkning (Thagaard, 2013). Det medførte at noen spørsmål som var laget på forhånd kom frem andre plasser i intervjuet enn hva forsker hadde planlagt utfra intervjuguiden. Målet med fokusgruppen var ikke at informantene ble enige men å få fram den enkelte informant sin mening. I tillegg ønsket jeg som forsker å høre informantene sine opplevelser av å ha ungdommer aktivt med i brukermedvirkning (Thagaard, 2013). Dynamikken innad i gruppa bestemmes ofte utfra spørsmål som stilles og hvilken regi jeg som moderator velger (Malterud, 2017)

Som moderator startet jeg opp med en kort innledning før intervjuet og presiserte at det var frivillig å være med som informant, og om muligheten for å trekke seg var der dersom noen ønsket det. Ved eventuelt å trekke seg ville dette ikke få noen konsekvenser for vedkommende. Studiets problemstilling ble presentert. Her var det viktig for moderator å si til informantene at det var jeg som forsker som var her for å få informasjon av dem. Jeg var ute etter deres kompetanse og erfaring om brukermedvirkning. Gjennom dialog så kunne både jeg som forsker og miljøterapeutene få bedre kunnskap om brukermedvirkning og større forståelse for å møte brukerne.

Som moderator opplevde jeg en noe spent og usikker informantgruppe. Det kunne muligens være for at dette var nytt og fremmed å være med i et fokusgruppeintervju, eller muligens av frykt for at det var digitalt opptak. Det kunne også være utrygghet på hvordan de utførte brukermedvirkning i praksis. Ville mangler bli avdekket? Andre grunner kan det og ha vært, men som moderator fikk jeg ikke tak i det. Opptaket av intervjuet foregikk med digital båndopptaker.

Transkriberingen var en tidkrevende prosess. Enkelte ord og uttrykk var av og til vanskelig å forstå. Noen av informantene snakket med lav stemme så enkelte ord var dermed vanskelig å høre. Andre igjen snakket fort, noe som også gjorde transkriberingen utfordrende. Enkelte ord ble og vanskelig å forstå da noen av informantene hostet av og til, eller at en telefon

begynte å ringe midt under intervjuet. Etter at fokusgruppeintervju var gjennomført, ble alt lydbånd transkribert. Det resulterte i 17 sider med transkribert empirisk materiale.

3.7. Analyse

Analysemetoden jeg brukte er inspirert av Lundman og Graneheim sin innholdsanalyse av data (Lundman & Graneheim, 2012). Lundman og Graneheim (2012) sier at dersom en følger en etablert analytisk prosedyre vil det være lettere å håndtere det empiriske materialet. For å få en best mulig troverdighet i min studie, var det derfor viktig å ha en analysemetode som hjalp å analysere frem det informantene sa.

Intervjuetmaterialet ble analyseenheten (Lundman & Graneheim, 2012). I analysearbeidet ble hele datamaterialet lest gjennom flere ganger før meningsenheter ble identifisert. En meningsenhet er en meningsfull del av en tekst. Det var viktig å finne den mest passende meningsenhet for å oppnå troverdighet (Lundman & Graneheim, 2012). Meningsenheten må ikke være for store. Det kan gi rom for flere betydninger. Har en for små meningsenheter kan resultatet bli fragmentert, og viktig informasjon går tapt. Noen meningsenheter i intervjumaterialet var store og andre var mer passelige.

Neste steg i analysen var å korte ned meningsenhetene, det vil si at teksten blir kondensert (Lundman & Graneheim, 2012). Kondensert betyr at teksten går gjennom en prosess som gjør at innholdet i meningsengsenheten blir fortettet, og dermed mer overkommelig å forholde seg til. Likevel er det viktig at ingenting av viktig data forsvinner bort. I tredje steg blir den kondenserte teksten gitt koder. Lik kode ble sortert og abstrahert igjen i kategorier. Lundman & Graneheim (2012) sier at abstraksjon betyr å løfte innholdet til et høyere nivå. Å skape kategorier er å koble sammen de utsagnene som er like og passer sammen. Koder som innholdsmessige var like ble kategorisert sammen. Det vil si at kategoriene ble analysert fram på tvers av koder (Lundman & Graneheim, 2012). En kategori svarer også på spørsmålet – hva handler dette om? Det har og ofte en tolkende verdi (Lundman & Graneheim). Det ble formulert fire kategorier som resultat av analysen.

3.8 Forskningsetiske overveielser

For å få tilgang til miljøterapeuter på en sengepost, tok jeg først kontakt med klinikkjefen for å høre om mulighet for å gjennomføre studiet mitt (vedlegg 1 – Forespørsel om adgang til forskningsfelt i et masterprosjekt om brukervedvirkning på post XX). Etter en muntlig godkjenning av klinikkjefen, sendte jeg en skriftlig forespørsel til postleder for aktuell sengepost for å få en skriftlig bekreftelse (vedlegg 2 – Informasjonsskriv til postleder). Da postleder bekreftet at det var mulig å få gjennomført min studie ved aktuell sengepost, sendte jeg vedkommende en skriftlig forespørsel om hjelp å skaffe informanter (vedlegg 3 – Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt om brukervedvirkning). Jeg ble invitert med inn på et personalmøte for å presentere studiens mål og hensikt for miljøterapeutene.

Tillatelse til å gjennomføre fokusgruppeintervju av ansatte på post måtte søkes hos Forskningsavdelingen ved sykehuset hvor forskningen fant sted. Studien ble meldt til NSD lokalt (vedlegg 6 - Skjema for registrering av masteroppgave). Som sykehusansatt ble meldeskjema sendt til Forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset.

I tilbakemelding fra Forskningsavdelingen fikk forskerbeskjed om eksakt angi i informasjonsskrivet når data vil bli slettet (måned/år). I tillegg måtte informasjonsskrivet inneholde hva som ville skje dersom noen av deltakerne valgte å trekke seg underveis i prosjektet. Etter endring i prosjektbeskrivelsen ble søknaden godkjent. (vedlegg 7 – Godkjenning av masterprosjektet).

For å beskytte informantene skal all data bli avidentifisert. Krav om ivaretagelse av anonymitet, taushetsplikt, integritet og autonomi ble overholdt utfra forskningsetiske retningslinjer. Informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studien (vedlegg 3, Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt om brukervedvirkning). Det ble og delt ut samtykke skjema som alle fem informantene signerte og leverte inn (vedlegg 5 – Samtykkeskjema).

Andre etiske overveielser jeg som forsker måtte gjøre, var knyttet til at jeg selv hadde jobbet som miljøterapeut og postleder ved sengeposten. Under studie var jeg fremdeles ansatt i en stilling i klinikken. Kunne dette ha noe for påvirkningen til informantene? Samtidig var det

flere år siden jeg jobbet nær de ansatte som deres postleder. Thagaard holder frem at forskeres tilstedeværelse under datainnsamling har en påvirkning, både for deltakerne men og for forskeren (Thagaard, 2013).

3.9. Validitet og reliabilitet

3.9.1 Validitet

Validitet kan oversettes fra engelsk med gyldighet og er knyttet til tolkningen av data (Malterud, 2017). Gjennom de tolkninger som forsker er kommet frem til skal en overveie validiteten av hva studien forteller noe om. Thagaard (2013) sier at vi kan presisere begrepet «validitet» ved å stille spørsmål om de tolkninger vi kommer frem til er gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert (Thagaard, 2013). Som forsker mener jeg at denne studien er validert gjennom å sikre nøye beskrivelse av metode og gjennom forskningsprosessen. En utfordring for forsker var å identifisere meningsenhetene som hørte sammen innholdsmessig fra de som ikke hørte sammen. Alle meningsenheter som hørte sammen ble sortert i samme kategori (Lundman & Graneheim, 2012). Dette var en stor utfordring da flere av meningsenhetene kunne sorteres i flere kategorier.

Som forsker må jeg overveie validiteten av hva denne studien forteller oss. Utfra forskningsspørsmålet er det vanskelig å svare «ja» eller «nei» på det. Det som forsker alltid må ha klart for seg er at feltet og konteksten der kunnskapen er innhentet, er med å sette sitt spor på hvilken kunnskap vi får (Malterud, 2017). Et annet viktig spørsmål er om validiteten på forskningsresultatene er overførbare. Det vil si å vurdere om funnene er overførbare til andre sammenhenger utenfor konteksten der studien er gjennomført (Malterud, 2017). For å kunne vurdere disse resultatene overførbare til andre sengeposter, eller om det først og fremst i den konteksten disse datamaterialer er relevante, er det viktig å kunne se utover den lokale konteksten (Malterud, 2017). Malterud knytter det opp med det hun kaller relevansspørsmålet om – på hvilken måte kan de data som er funnet her bidra til å opplyse om tilsvarende spørsmål i en annen sammenheng? Funnene som forsker har kommet frem til, viser lignende funn fra andre studier som er gjort. En undersøkelse fra

Australia viste at når ungdommene er engasjert i sin egen behandling førte det til at ungdommene opplevde en nytteverdi i det. Det samstemmer med hva miljøterapeutene på sengeposten opplever når de har klart å få ungdommene med i å være aktiv med i brukermedvirkning.

Et tredje spørsmål er repeterbarhet, det vil si vil vi oppnå lignende resultater dersom studie hadde blitt gjort en gang til? Gjennom et nytt fokusgruppeintervju vil en ny modulator få frem andre nyansene hos en ny informantgruppe, enn det som ble skapt i den første gruppen? Malterud sier at vi må akseptere at ulike forskere vil ha ulike fokus, og dermed også ser ulike nyanser i svarene. Repeterbarhet er derfor sjelden et pålitelig kriterium i den kvalitative forskningsprosessen (Malterud, 2017).

3.9.2 Reliabilitet

Ordet reliabilitet betyr på norsk pålitelig (Thagaard, 2013). Det handler om vurdering av forskningens pålitelighet. Det er viktig å skille mellom data som en har fått fra informantene i fokusgruppeintervju og min egne vurdering. Som forsker er det viktig for meg at resultatene fremstår som troverdige. Gjennom reliabilitet får en svar på om forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Begrepet reliabilitet refererer først og fremst til spørsmålet om andre forskere som gjennomfører en kvalitativ analyse vil komme frem til det samme resultatet (Thagaard, 2013).

Gjennom reliabiliteten skal forsker redegjøre for relasjonen til informantene. I tillegg er det viktig å få frem hvilken betydning erfaringer i feltet har for de dataene forskeren får. Som forsker har det vært en spennende studie. Gjennom fokusgruppeintervju fikk forsker mye empiri av informantene. Å klare å forstå og tolke alt som ble sagt i skriveprosessen var utfordrende. I min studie har jeg som forsker prøvd å få fram det som informantene fortalte i fokusgruppeintervjuet. Forsker har prøvd å få belyst de utfordringer som miljøterapeutene står i for å klare å praktisere brukermedvirkning i det daglige på en sengepost. Likevel er forsker åpen for at det kan være feilkilder. Jeg kan ha misforstått uttalelser som kom frem i fokusgruppeintervjuet, eller at jeg ikke tydelig nok har fått uttrykt skriftlig de erfaringer som miljøterapeutene opplever med brukermedvirkning i det daglige.

I fokusgruppeintervjuet hadde jeg fem informanter. Forsker har i ettertid tenkt på om det var representativt for funnene jeg fikk. Kvaliteten på fokusgruppeintervjuet kan ha noe å si for resultatet da det var forskers første erfaring med å gjøre fokusgruppeintervju. I tillegg opplevde forsker analyseprosessen som utfordrende. Å gjøre gode meningsvurderinger som var lette å jobbe videre med, samt bryte den ned til koder var en krevende prosess. Å klare å plassere alle kodene inn i kategorier var og utfordrende. Likevel har det vært en interessant studie. Jeg opplever den som nyttig og lærerikt, både i forhold til de funn jeg kom frem til, men og til hele prosessen som studie har vært. Å lære seg å analysere meningsenheter, se sammenhenger og lære å dra konklusjoner har vært en ny erfaring jeg som forsker vil ta med meg videre.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

Funnene i denne studien ble formulert som fire tema: Forutsetninger hos ungdommer for å praktisere brukermedvirkning, organisatoriske rammer for å praktisere brukermedvirkning, gode relasjoner fører til brukermedvirkning, forutsetninger hos personal for å ha brukermedvirkning.

4.1 Forutsetninger hos ungdommer for å praktisere brukermedvirkning

Dette teamet vil bli beskrevet ved to undertema: Ungdommer som gjør det enkelt og ungdommer som gjør brukermedvirkning krevende.

4.1.1 Ungdommer som gjør det enkelt

Ungdommer som gjør brukermedvirkning enkelt på sengepost, er mottakelige for å være med å bidra i sin egen sak. Det gjør det enklere for miljøterapeutene å praktisere brukermedvirkning i det daglige.

Det var flere faktorer som kunne spille inn for å få til brukermedvirkning. Alder hos ungdommene var en faktor. De eldste ungdommene kunne være de meste aktive, men miljøterapeutene opplevde det av og til utfordrende å praktisere brukermedvirkning med de eldste. En miljøterapeut sa: *«Jeg syns det er veldig variabelt hvorvidt vi klarer å få brukerne med på brukermedvirkning, det kommer litt an på hvem den enkelte ungdommen er, hvor gamle de er»*, Gjennom refleksjoner så kan de eldste ungdommene se at det kan være lurt å være innlagt å få hjelp med sine psykiske tanker og smerte.

Å ha støtte av voksne ressurspersoner er viktig for at ungdommen skal bidra til å gjøre praktisering av brukermedvirkning enkelt. Det var ikke nødvendigvis foreldre som var den viktigste voksne, men det kunne være en lærer, en nabo eller en miljøterapeut fra en barneverns institusjon. En miljøterapeut sa: *«Kanskje det er lettere for de som vi føler har ressurser på utsiden, de som vi føler klarer seg tilsynelatende godt. Da er lettere å spørre de»*.

Det kom frem at det var spesielt viktig å praktisere god brukermedvirkning i det daglige til de ungdommene som ble innlagt frivillig på sengepost. Å ha en ungdom innlagt på frivillig paragraf - § 2.1 etter Lov om psykiske helsevern, gjorde det enklere å praktisere brukermedvirkning fordi det sa noe om at ungdommen selv ønsket å få hjelp. Når de blir lagt inn frivillig er de i større grad aktivt med og praktiserer brukermedvirkning. Det førte til at miljøterapeutene kunne ha forventninger om brukermedvirkning allerede fra starten av innleggelsen, og ønsket om deltakelse fra ungdommen. Selve innkomstsamtalen ble da et viktig utgangspunkt for en god start. Den kunne være det første møte der det ble snakk om brukermedvirkning og hvor viktig at det var at de tok del i det. En miljøterapeut sa:

Og da vi begynte med å ha fokus på brukermedvirkning i innkomstsamtalene, husker jeg at vi snakket om at vi skulle snakke litt om at det var en frivillig innleggelse, og hva de forventet ut av oppholdet. Men jeg synes ikke ungdommene har et stort engasjement i å være med.

Ungdommer som er under 16 år legges inn på frivillig paragraf etter foreldrenes samtykke, men ofte ønsker ikke disse ungdommene selv å bli innlagt. En slik innleggelse er det som ungdommene ofte opplever som «frivillig tvang». Da kan det være viktig å motivere de til å bli værende innlagt på frivillig paragraf uten at det oppleves som tvang. En miljøterapeut sa:

Det som vi likevel kan si om tvang til de som er under 16 år og blir innlagt med foreldrenes samtykke, eller barnevernets samtykke, så er det i stor grad et ønske fra besluttede behandlere til ungdommen å få de til å bli motivert og til å bli værende her for et felles samarbeid. Der er de veldig raske til å spørre – vil du være her frivillig?

Ungdommer som ikke ønsker å være innlagt på sengepost, men som det likevel er mulig til å motivere til å endre holdning, gjør det enklere å praktisere brukermedvirkning i det daglige. Disse ungdommene er gjerne innlagt på tvang etter Lov om psykiske helsevern, og så blir de overført til frivillig innleggelse. Det ligger en stor mulighet for brukermedvirkning i det å få ungdommene til å være aktive deltakere i sin egen innleggelsessak. Et eksempel som en av miljøterapeutene kom med viste at det gikk an å få ungdommer til å snu fra å være negative og ikke ha et ønske om å være innlagt, til å gi miljøterapeutene i sengeposten en mulighet til å kunne gi de hjelp. Miljøterapeuten sa:

Jeg har et konkret eksempel fra i dag, hvor det er diskutert med en ungdom som kom inn på tvang. Vedkommende ungdom ble forespeilt om å være her og ble motivert til å bli innlagt frivillig, og ta imot et frivillig tilbud. Det skjer at ungdommen takker ja til det for å bli en ukes tid.

Ved å overføre ungdommer fra tvang til frivillig innleggelse gis miljøterapeutene bedre mulighet til å praktisere god brukermedvirkning i det daglige. På frivillig innleggelse er ungdommene mer motivert for å være på sengeposten, og de får en tro på at miljøterapeutene kan hjelpe dem. Miljøterapeutene har større innflytelse på ungdommene når de ønsker å være innlagt frivillig, og miljøterapeutene kan bruke innflytelsen aktivt for å få ungdommene mer med i det daglige for å praktisere brukermedvirkning. Slik kan ungdommene være med å bestemme hva som er viktig for dem i sin psykiske bedringsprosess.

4.1.2 Ungdommer som gjør det krevende

Når ungdommen ikke ønsker å delta, eller ikke ønsker å være aktiv i sin egen behandling er det krevende for miljøterapeutene å praktisere en god brukermedvirkning.

Det er flere faktorer som spiller inn. Alder er en viktig faktor som kan gjøre det veldig vanskelig for få til det samarbeidet med miljøterapeuter ønsker å få til rundt brukermedvirkning. En 14 år gammel ungdom er ofte mindre moden psykisk enn hva en snart 18 år gammel ungdom er. I tillegg er den yngre ungdommer gjerne ikke så reflektert som eldre ungdommer, blir frustrert av å måtte være innlagt mot sin vilje, og ønsker ikke å samarbeide med miljøterapeutene. De vil heller foreta en protest mot ikke å snakke eller ikke være aktiv i sin egen sak. En annen viktig faktor var ungdommens psykiske tilstand. Ungdommer som er psykotiske eller maniske er i en sykdomstilstand som kan representere en stor utfordring knyttet til å få til et godt grunnlag for å praktisere god brukermedvirkning i det daglige. En miljøterapeut sa:

Så er det ulike pasientgrupper som jeg tenker på er viktig.

Det er vanskelig når det er alvorlig mani, kall det psykose eller kall det for den typen behandlingsplan som skal lages for disse ungdommene med denne lidelsen. At de skal delta så mye er de på en måte ikke klar for. Da må de vente til de blir friskere i forhold til sin alvorlige psykiske sykdom før de i hele tatt blir tatt med.

Miljøterapeuten opplevde det krevende å skulle lage en behandlingsplan der ungdommer med diagnoser som mani og psykose skulle få lov til å si noe om hvordan de ønsket å få praktisert sin rett til brukermedvirkning. Personalet fikk en opplevelse av at ungdommene var for syke til å delta og dermed ikke klar for å være aktiv med i planleggingen og utformingen av sin behandlingsplan. Selv om ønsket og målet for miljøterapeuten var å gi

ungdommer med med mani og psykose mulighet å praktisere brukermedvirkning, var likevel refleksjonen til miljøterapeuten at disse ungdommene måtte vente til de var blitt friskere i sin psykiske helsetilstand. En annen miljøterapeut var mer opptatt av hvor ungdommene var i livet. Mye skjer rundt dem og mange følelser er i kroppen. Disse følelsene kan av og til komme uheldig ut. Vedkommende sa:

Jeg tenker også at vi har med ungdommer å gjøre som er i en veldig springende fase i livet og det er veldig mye svart-hvitt holdninger og det er veldig mye svart-hvitt tanker.

Ungdommene opplever mye som svart/hvit. Enten så liker de miljøterapeuten, eller så liker de vedkommende ikke. Enten er foreldrene bare dumme og vanskelige, eller så er de gode å ha for ungdommen. Muligheten til å reflektere rundt viktige spørsmål blir mindre når en bare ser svart/hvit. Med slike sterke tanker og følelser er det fult mulig å gjøre dumme valg. Mulighet for å velge bort å være aktiv i å praktisere brukermedvirkning i det daglige kan skje. Miljøterapeutene var delt i sitt ønske om å ha med seg de ungdommer som kunne være psykotiske, til å diskutere og praktisere brukermedvirkning i forhold til behandlingsplanen. Noen av miljøterapeutene var skeptiske til det, mens andre mente at de sykeste ungdommene kunne være med på deler av behandlingsplanen. En av miljøterapeutene som var skeptisk til å involvere de sykeste psykiske ungdommene, gav likevel åpning for at det var muligheter til å ha med de som var veldig psykisk syke. «Så må vi heller diskutere, er de så psykotiske eller somatiske syke, at det er feil tid å diskutere behandlingsplanen». Miljøterapeutene var uenige om hvordan de kunne få praktisert brukermedvirkning med ungdommer som var så alvorlig psykisk syke. En av miljøterapeutene utdypet og sa: «Det er jo ungdommer som er alvorlig maniske, eller alvorlige psykotiske, men i de aller fleste situasjoner har vi jo muligheter til å ha de med».

Å la de få være med å få uttale seg på små deler av dagen kan være en god måte å praktisere brukermedvirkning. Være med å lage dagsplan der ungdommen får en oversikt over hva som skal skje denne dagen, er en mulighet for å praktisere god brukermedvirkning for denne gruppen av ungdommer.

En annen gruppe ungdommer med psykiske lidelser som gjør det krevende å få til god brukermedvirkning i det daglige på sengepost, er de ungdommer som har en emosjonell

ustabilitet og personlighetsforstyrrelse. Det kommer fram at miljøterapeutene synes denne gruppa av ungdommer ikke bør være innlagt for lenge på sengepost. De fremstår ofte med en krevende atferd, og har lite igjen av brukervedvirkning. En miljøterapeut sa:

Jeg tenker hvis vi har en pasienten med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, som sier hun ønsker lange samtaler og ønsker en-til-en kontakt . Altså som på en måte har ganske høyt krav til personal så er det krevende å få til god brukervedvirkning.

De ungdommer som er innlagt på tvang, og har en fare for utagering er imidlertid den gruppen av ungdommer som miljøterapeutene synes det er aller størst utfordring å praktisere god brukervedvirkning med. Miljøterapeutene opplever at disse ungdommene ofte har mistillit til dem og hele behandlingsopplegget. I sin forvirring er det ofte vanskelig for disse ungdommene som blir innlagt på sengepost å forstå at miljøterapeutene som jobber der vil hjelpe dem. Miljøterapeutene opplever at det varierer i hvor stor grad de klarer å få til god brukervedvirkning med sinte og veldig syke ungdommer. En av miljøterapeutene sa: «For det er jo ikke å komme vekk i fra at disse ungdommene kan være «uspiselig» vanskelige å ha med å gjøre. Det må vi ikke glemme». Her kommer det fram hva slags utfordring som miljøterapeutene kan stå i: på den ene siden skal de prøve å legge til rette for at ungdommene praktiserer god brukervedvirkning i det daglige, men på den andre siden så opplever miljøterapeutene av og til at enkelte ungdommer kan være svært utfordrende å praktisere god brukervedvirkning sammen med. Det var enighet blant miljøterapeutene om at dette var vesentlig i deres hverdag, og noe som ikke må glemmes. Som en av miljøterapeutene sa: «Når du har med veldig sinte, eller veldig syke ungdommer å gjøre så begrenser brukervedvirkningen seg». Det kom fram at til tross for at brukervedvirkning er krevende, er det ofte mulig å få til noe brukervedvirkning. En av miljøterapeutene sa:

Jeg tenker når folk er veldig syke, og veldig kaotisk, så er det ikke heldig for ungdommene å påvirke så mye, men de må få lov til å påvirke på noen ting. For eksempel hva vil du ha på brødskena? Ikke sant, altså vi kan alltid få til noe.

Gjennom å gi ungdommene små valg i det daglige opplevde miljøterapeutene at de gav ungdommene som er innlagt på tvang, og der det er fare for utagering, mulighet til å praktisere brukervedvirkning. Miljøterapeutene mente at denne måten å praktisere brukervedvirkning på, var en god måte, selv om det var krevende å lykkes.

4.2 Organisatoriske rammer for å praktisere brukermedvirkning

I en sengepost så er det mange organisatoriske rammer som kan være til hinder for at det praktiseres god brukermedvirkning i det daglige. Selv om det både er et ønske fra ledelsen på sengeposten, og en uttalt rett ungdommer har, gitt av Stortinget gjennom Lov om Pasientrettigheter, så møter miljøterapeutene på mange utfordringer for å klare å praktisere god brukermedvirkning i det daglige. Å ha ungdommene med på teammøter var mer en tilfeldighet enn en fast ordning. Et team består av en miljøterapeut, som regel primærkontakt, hoved behandler, enten lege eller psykolog og lærer. Det er teammøter ca. 1 gang i uka. En miljøterapeut sa: *«Det kommer veldig an på hvilken pasientgruppe og hvilket team»*. Miljøterapeuten opplever at teamet rundt ungdommen er avgjørende for om ungdommen blir med. Noen team kan være flinkere enn andre til å invitere med seg ungdommene. Hva slags pasientgruppe ungdommen tilhører trekker miljøterapeuten frem som en utfordring. Noen pasientgrupper er vanskeligere å jobbe med enn andre og da kan knapp tid bli en utfordring. En miljøterapeut løftet fram at det var ikke alltid slik at de hadde god tid til disposisjon – *«Hvor lang tid har vi?»* Når ungdommer er innlagte i kort tid representerer det en organisatorisk utfordring som kan medføre mindre praktisering av brukermedvirkning. Er ungdommene derimot lenge innlagt på sengepost, kan brukermedvirkning bli praktisert bedre. En miljøterapeut sa:

Og så tenker vi bare det er greit at vi ikke praktiserer brukermedvirkning for vi har ikke tid til å spør. Så jeg føler kanskje ikke det er implementert på post at det er sånn vi gjør det her, men at vi, når vi først tenker på det så bruker vi det. Men da er det også tid, alt skal være på plass for at vi gjør det.

Når tidspresset blir for stort er det fort gjort å ikke klare å få til å praktisere brukermedvirkning. Organisatorisk er ikke det å praktisere brukermedvirkning så tydelig implementert at det skal bli gitt til alle ungdommer som blir innlagt på sengeposten. Det kan virke som om miljøterapeuten dropper brukermedvirkning på grunn av tidspresset. Likevel så oppgir miljøterapeuten at når de først tenker på det, og har tid til det, så praktiserer de brukermedvirkning. Men det er viktig at skal de få det til å praktisere god brukermedvirkning på sengeposten må alt være på plass, både godt team rundt ungdommen, en pasientgruppe som er god å praktisere brukermedvirkning med, og at det er nok tid til å få gjennomført det.

Den største organisatoriske utfordringen som miljøpersonalet ser i forhold til å klare å praktisere god brukermedvirkning er knyttet til behandlingsplanen. At ungdommen skal få sette opp sine ønsker og behov å jobbe ut fra, blir ofte ikke hørt, men en legger bare inn alternativene som ligger i den elektroniske sykepleierjournalen, DIPS. En av miljøterapeutene sa:

Jeg tror vi har et godt stykke igjen å gå i forhold til behandlingsplanen. Den er liksom «satt» når ungdommen kommer, kanskje helst innen første døgn. Og så er det vel ikke noen god prosess videre. I hvert fall ikke på de som gjerne ofte er i korte tidsperioder på post.

At behandlingsplanen er «satt» og det ikke er noe god prosess videre sier også noe om implementeringen. Organisatorisk så er det et ønske at behandlingsplanen skal være på plass til neste dags behandlingsmøte som starter kl.0900. Blir ungdommer lagt inn sent på kveld eller natt, blir det ikke tid eller fokus på behandlingsplanen. I stedet setter vedkommende miljøterapeut som var med i innkomstsamtalen, opp en behandlingsplan utfra forslagene som ligger i DIPS. Om teamet rundt ungdommen syns disse tiltakene er greie, blir ikke ungdommen involvert med å sette opp nye tiltak rundt sin egen behandling. Muligheten er at ungdommen blir med på første team og der sier noe om sine ønsker og behov for å få praktisert brukermedvirkning. Blir det en kort innleggelse så er det ikke sikkert en rekker ett teammøte før utskrivelse. En miljøterapeut sa:

Når det gjelder behandlingsplan tenker jeg at det er en utfordring for at vi har krav på oss til å lage den veldig fort. Og så sier vi den skal justeres den etter hvert.....

Miljøterapeutene har et ønske om at behandlingsplanen skal justeres etter hvert. Samtidig så sier de og at de ungdommer som er innlagt på sengeposten i kort tid ikke får endret på behandlingsplanen, men at det er et mål å strekke seg etter. En av miljøterapeutene uttalte:

Men de ungdommene som er inne i kortere perioder gjerne ei uke eller kortere, de får den behandlingsplanen som de har når de kom inn dørene. Der tror jeg vi absolutt at vi har et forbedringspotensiale.

Flere av miljøterapeutene ser at det er en stor utfordring at ungdommene ikke er med å få lage sin egen behandlingsplan. Selv om det er et mål at behandlingsplanen skal være ferdig til neste dags behandlingsmøte, så er det et stort ønske at det blir ryddet plass

organisatorisk slik at det blir et team der behandlingsplan er temaet og ungdommen er til stede.

Til tross for at det er organisatoriske utfordringer knyttet til praktisering av brukermedvirkning i forbindelse med behandlingsplanen på sengeposten, så har miljøterapeutene klart å få på plass brukermedvirkning i forhold til «før tvangssamtale», eller «for samtale» som det kalles nå. I journalsystemet DIPS ligger det «faste fraser» på brukermedvirkning. «Faste fraser» består av spørsmål som alltid skal stilles til ungdommer som blir innlagt. Innholdet handler om hvordan ungdommen vil miljøterapeutene skal møte vedkommende når han eller hun får det vanskelig. Her kan ungdommen komme med sine ønsker og behov. Oppstår det en vanskelig situasjon for en ungdom, så vet personalet hvordan den enkelte ungdom ønsker å bli møtt, og eventuelt stoppet. På den måten har ungdommen brukermedvirkning til å styre det som er best for han eller henne. En av miljøterapeutene sa:

Jeg ville ha tatt opp en annen ting som jeg tenker er god brukermedvirkning. Og det er jo «før tvangssamtale», som vi har fått fraser på, som er blitt en fast rutine. Det tenker jeg og er noe vi prøvde som et forsøksprosjekt i starten, da en student hadde det som tema, og som nå er blitt integrert.

Gjennom prosjekt har sengeposten vist at det er mulig å implementere nye rutiner for å få praktisert brukermedvirkning på tross av utfordringer i sengeposten.

4.3 Gode relasjoner bidrar til brukermedvirkning

Å ha en god relasjon til en ungdom er viktig. En god relasjon fører til at det blir lettere å få praktisere god brukermedvirkning. En av miljøterapeutene sa: «*Hva fremmer god brukermedvirkning? Vi snakker om hva som fremmer for pasientene. Det er jo at de føler seg aktivt ivaretatt*». Å bli innlagt på en sengepost for en tenåring kan være en skummel hendelse. For mange skjer innleggelsen akutt, noe alvorlig har skjedd, og ungdommen kan ikke bli ivaretatt hjemme. For mange ungdommer og voksne blir første møte med sengeposten i en akutt fase, der mange spørsmål er ubesvart. Det er derfor viktig for miljøterapeutene at ungdom blir møtt og sett fra de kommer inn, at de får en opplevelse av at noen vil ungdommen vel. Det gir en god start for å få til praktisering av brukermedvirkning. Like viktig er det at ungdommen selv får en opplevelse av en god

relasjon til miljøterapeutene. Denne relasjonen er også viktig for det miljøterapeutiske arbeidet videre. Samme miljøterapeut sa:

Det samme gjelder oss voksne som er i situasjonen. Hvis vi føler at vi blir tatt med, er en kontinuitet, kommer i en relasjon, og får et eierforhold til pasienten så blir det lettere å praktisere brukermedvirkning. At vi er med på teammøter, og er med i foreldresamtaler er viktig for oss. Vi får vi en annen tilnærming. Vi får en relasjon til ungdommen og til de pårørende. Vi får en relasjon til oppgaven.

Gjennom relasjon knyttes bånd, både fra miljøterapeut til ungdom, men og fra miljøterapeut til pårørende. Aktiv deltakelse fra alle parter gir muligheten for å få praktisert god brukermedvirkning. Et godt relasjonelt fundament åpner muligheten for å praktisere god brukermedvirkning i det daglige. Miljøterapeutene blir mer bevisst på det når de opplever at relasjonen er god, og de merker at ungdommene er mer mottakelige selv for å være aktiv i planleggingen av oppholdet sitt på sengepost. En miljøterapeut sa:

Jeg opplever selv at viss jeg har en god relasjon til ungdommen, så har jeg mer lyst til å bruke brukermedvirkning. Jeg blir mer bevisst på det, men og at brukermedvirkning er med på å lage en god relasjon – det går begge veier – så det er egentlig hånd i hånd.

Her kommer det frem at å oppleve en god relasjon med ungdommen, kan medføre at brukermedvirkning blir en lystbetont samhandling som miljøterapeutene opplever som noe godt for dem selv. Når den gode relasjonen er til stede, gjør det miljøterapeuten mer bevisst. Fokuset på å praktisere brukermedvirkning i det daglige blir en større del av arbeidsdagen.

Å komme tidlig inn i prosessen og knytte god kontakt med ungdommen som blir innlagt er ett viktig kriterium for å få en god relasjon. Deltakelse i inkomstsamtalen kan være den viktigste og beste starten på en god relasjon. En av miljøterapeutene sa:

Jeg tenker at for å få relasjonen - jeg merker at når jeg er med i vurderingen i inkomstsamtalen og får en rolle som primær- eller sekundærkontakt, så har du allerede skap et grunnlag for bedre brukermedvirkning. Fokus på det – hvem gjør den oppgaven? Jo, at du får følge ungdommen fra start og videre. At du i størst mulig grad for en kontinuitet. I det ligger relasjon. Det tenker jeg er veldig sentralt.

Å være med allerede i inkomstsamtalen og få tildelt en rolle som primærkontakt eller sekundærkontakt for den ungdommen som kom inn kan være grunnleggende viktig. Gjennom tidlig kontaktetablering vil ungdommene føle seg godt ivaretatt. At rollene som

primærkontakt og sekundærkontakt er best mulig planlagt slik at den miljøterapeuten som er med på innkomstamtalen er tildelt en av disse rollene, blir og viktig. Det gir en kontinuitet, og gjennom kontinuitet skapes relasjon. Andre miljøterapeutene bekreftet dette. En sa:

Det tror jeg er veldig sentralt det du sa – når tid kommer vi inn i relasjonen til ungdommen. Er det dagen etter de kommer inn, eller er det akkurat når de kommer inn til posten og vi er med i den innkomstsamtalen? Det tror jeg har kjempe mye å si i forhold til det videre arbeidet, og videre relasjon til den ungdommen. Det er første ansiktet de ser, det er ofte det tryggeste, kan bli det tryggeste.

Miljøterapeuten vektlegger her at miljøterapeuter som var med i innkomstsamtalen med ungdommene og var det første ansiktet ungdommen så på sengeposten, kan bli den tryggeste støttespilleren som følger ungdommen igjennom hele innleggelsestiden. At den samme miljøterapeuten følger ungdommen gjennom hele innleggelsen, gjør også at ungdommen slipper å fortelle sin historie om og om igjen. En miljøterapeut sa:

Jeg tror det at noe av det du får med når du er med i hele prosessen er nettopp det at ungdommen slipper å fortelle historien sin for syttiende gang. «nå skal du bare høre.....» De har så lang historie i bare å fortelle det samme, og i det så er det med å bygge tillit, og i det så er det med å bygge relasjoner.

Gjennom innleggelses tiden er det viktig å opprettholde den gode relasjonen slik at muligheten til å få praktisert god brukemedvirkning er tilstede. Vedlikeholdes ikke relasjonen, så mister en og muligheten til å praktisere god brukermedvirkning. Å benytte seg av de muligheter som fins for å bygge relasjon blir viktig. En av miljøterapeutene sa det slik: «Jeg har en konkret avtale om å komme tilbake i morgen, og gå igjennom noen nødvendige dokumenter som er rutine, hvor man bygger relasjon». Gjennom daglige rutiner og oppgaver så viser miljøterapeutene at de følger opp de konkrete avtalene de gjør med ungdommene. Miljøterapeutene viser at de er til å stole på, og gjør de oppgavene de har avtalt at de skal gjøre med ungdommene. Skapes det tillit, bidrar det til gode muligheter til å praktisere god brukermedvirkning.

Språket som blir brukt, både det som sies med ord og det som skriftlig nedfelles i ungdommens sin egen elektroniske journal i DIPS, er viktig for å skape en god relasjon. Det skriftlige innholdet som miljøterapeutene skriver om ungdommene kan ungdommene som

er over 16 år selv gå inn å lese i sin elektroniske journal. Måten miljøterapeutene formulerer seg og snakker om eller tilkaller ungdommen kan være avgjørende for å skape en god relasjon som i neste omgang er viktig når en skal praktisere god brukermedvirkning. En av miljøterapeutene sa det slik: «Gjennom språket, og særlig nå når ungdommene har innsyn i dokumentene for å kunne se hva vi skriver, ja han snakket om meg som jeg var en hvilken som helst. Men jeg er meg». Å få en opplevelse av bare å bli nevnt som en hvilken som helst ungdom kan da være sårende. At ungdommen kjenner seg selv igjen og får en bekreftelse på at miljøterapeuten ser vedkommende og får formidlet dette på en god måte, er avgjørende for miljøterapeuten å kunne praktisere god brukermedvirkning i det daglige.

4.4 Forutsetninger hos personal for å praktisere brukermedvirkning.

Dette temaet blir beskrevet ved hjelp av fire undertema: Invitasjon til deltakelse på teammøter, motivasjon til å involvere ungdommer som blir innlagt på nytt, formidling av håp og utfordringer i samhandling blant miljøterapeuter.

4.4.1 Invitasjon til deltakelse på teammøter

Å invitere ungdommene med på teammøter for å involvere dem i utarbeiding av behandlingsplanen og andre tiltak som er viktig i behandling på sengepost ble vektlagt. En av miljøterapeutene sa:

Jeg vil si at det har skjedd en positiv endring. Vi er blitt mer tydelig i velkommenskrivet, alle ungdommene ønskes med på team. I fra starten av får de tilbud om det, det gjorde de ikke før. Vi inviterer i langt større grad til den formen for brukermedvirkning.

Gjennom «Velkommen til sengeposten» som sengeposten har laget som skriftlig informasjon til ungdommene som blir innlagt, kommer det tydelig frem at miljøterapeutene og behandlerne ønsker å invitere med ungdommene på teammøter sammen med miljøterapeut, lege eller psykolog og lærer. På teammøtene legges det opp til at ungdommene kan få bidra til å praktisere brukermedvirkning i det daglige. Der kan og ungdommen fortelle hva han eller hun trenger hjelp til og hva de ønsker fokus på. Dermed er muligheten til å få «gjøre de rette tingene» fortere på plass, og får et bedre behandlingsforløp for ungdommen. Samtidig så er det også ungdommer som ikke ønsker av

ulike grunner å være med på teammøte. Det kan være at vedkommende ungdom ikke har lyst, er redd eller usikker på hvordan det foregår. I slike tilfeller er miljøterapeutene opptatt med å spørre ungdommene på forhånd om de ønsker at miljøterapeutene skal videreformidle noe for dem inn i teammøte. En miljøterapeut uttalte:

Og hvis ungdommen ikke er med på team så spør vi: Har du noe du vil vi skal ta med på team? Vi er mye høyere i bevissthetsnivå på dette nå, enn tidligere. Men at det er en vei å gå, absolutt. Men vi er på sporet til å få aktivering av pasientene i mye større grad.

Miljøterapeuten her er både opptatt av å være bevisst på å ta ungdommene med, samtidig så ser vedkommende at det enda er et stykke å gå før en kan si seg fornøyd med hvordan det fungerer. På den måten får ungdommen sin stemme med inn i det tverrfaglige teamet uten å være fysisk tilstede selv. Miljøterapeuten ser ulike måter og muligheter i å klare å aktivere ungdommen til å være mer aktive i sitt eget teammøte, og dermed og mer aktiv inn i å praktisere god brukermedvirkning. Andre miljøterapeuter er opptatt av at når ungdommer ikke velger å være med på teammøte, er det viktig for miljøterapeutene å gi god tilbakemelding på hva som ble skrevet ned i behandlingsplanen, og hvilke andre tiltak som medlemmene i teamet har bestemt. En miljøterapeut uttalte:

Og ikke minst det å gi de tilbakemelding fra team dersom de ikke er med selv, synes jeg vi er blitt flinkere til – at vi tar en oppsummering hvis de ikke ønsker å være med på team. Vi holder gjerne oppsummering sammen med behandler. Hva bestemte vi på team?

Gjennom tilbakemelding får ungdommen rask beskjed om hva som er blitt bestemt angående behandlingen på teammøtet. Slike tiltak kan være: Endringer i timeplanen på skolen, nye møter med foreldre eller andre samarbeidspartnere. Konkrete tiltak som en skal jobbe med inne på post for eksempel legge tid og planelegging av dagen eller nye medisiner som skal prøves ut. På de spørsmål ungdommen må ha hatt gitt teamet på forhånd, vil de få svar som ofte kan være viktig for dem. Samtidig får de og høre hva teamet tenker er viktig å ha fokus på fremover. Slike tilbakemelding var det flere av miljøterapeutene så som svært viktig for å praktisere god brukermedvirkning. En miljøterapeut sa:

Klarer vi å formidle tilbake til ungdommene det som blir sagt, det som er viktig for dem, og gi en tilbakemelding på at det er det som er viktig. Da har vi et treffpunkt som er viktig for de ungdommene vi har innlagt på sengepost.

Klarer miljøterapeutene å gi ungdommer et godt svar tilbake på aktuelle spørsmål, for eksempel et forslag til tiltak ut fra det som ungdommen selv måtte ønske, har miljøterapeutene klart å skape et gyllent øyeblikk. Da når de inn til ungdommen med det som er viktig for han eller henne. Ungdommen føler seg sett og hørt. Det er god brukermedvirkning i daglig praksis.

Selv om de fleste miljøterapeuter opplever det greit å ha ungdommer med på teammøter, så var det andre som synes det var en utfordring. En av utfordringene var at ungdommene ikke alltid blir invitert med inn fra begynnelsen av teammøtet. Av og til ønsker behandler og andre medlemmer av teamet å møtes uten at ungdommen er med. De føler det er lettere å snakke sammen da uten å ta hensyn til ungdommen. En miljøterapeut sa det slik:

Og hvis vi har de med så er det noe veldig kunstig over å si at du skal få komme inn på slutten av teamet, eller at du skal få være med et kvarter. Hvor er det relle samarbeidet når det at en gjerne ikke klarer å gjøre noe annet enn å lage eller skissere en sti med valg? Da tenker jeg: praktiserer vi medbestemmelse og brukermedvirkning, og i hvor stor grad når rammene er slik?

Denne miljøterapeuten opplever at teammøter kan være annerledes enn hva de andre miljøterapeutene oppfatter. Å la ungdommen komme inn på møtet først på slutten gir ikke en fullverdig opplevelse av å få lov til å være med å praktisere god brukermedvirkning. Å komme inn på et tidspunkt når de fleste valg er tatt og oppsummering står for tur, er en følelse av å være lite deltakende i sitt eget liv. Deltakelse på team oppleves likevel for de fleste ungdommer som en god måte å få praktisert god brukermedvirkning på. De får komme med innspill på hva som er viktig for dem å ha med på behandlingsplanen, og får komme med forslag som de tenker er viktig å jobbe videre med, for eksempel døgnrytme, forhold til foreldre eller andre utfordringer som de må ønske å jobbe videre med.

4.4.2 Motivasjon til å involvere ungdommer innlagt på nytt

Sengeposten opplever fra tid til annen at ungdommer som har vært innlagt tidligere, blir innlagt på nytt. Den psykiske sykdommen den enkelte ungdom har, kan ha økt i symptomer, noe som gjør det vanskelig å mestre hverdagen utenfor posten. Å praktisere god brukermedvirkning med ungdommer som miljøterapeutene kjenner til fra tidligere viser seg ofte å være vanskelig. En av miljøterapeutene sa:

Jeg tenker at vi møter folk over tid, med gjentatte innleggelse. Da tror jeg at vår forhistorie preger vårt møte slik at vi er mindre fleksible og mindre åpne for at ting kan endre seg.

Å motivere seg til å praktisere god brukermedvirkning i det daglige, synes denne miljøterapeuten er vanskelig etter å ha kjent en ungdom fra tidligere innleggelse. Der en gjerne skulle tro at det var kunnskap og kjennskap til en ungdom gjorde praktisering av god brukermedvirkning enkelt, opplevde vedkommende miljøterapeut seg mindre fleksibel og mindre åpen for at ting kunne endre seg. En annen miljøterapeut fulgte opp med å si: «*Jeg har en opplevelse av at vi tror vi kjenner ungdommen og vet hva han eller hun trenger. I stedet for å være mer åpen å spørre de*». Her tydeliggjør denne miljøterapeuten at når ungdommer har vært innlagt tidligere, så «vet» miljøterapeutene hva vedkommende ungdom trenger også ved denne innleggelsen uten å spørre vedkommende. Miljøterapeutene blir forutinntatte, og glemmer at nye hendelser kan ha ført til at ungdommene trenger på nytt hjelp og nye redskaper for å klare å praktisere god brukermedvirkning. Det som hjalp i forrige runde, er ikke like aktuelt nå. En tredje miljøterapeut sa:

Jeg tror at når det er en type pasient som kommer inn opptil flere ganger, så har jeg en forventning om at brukermedvirkning allerede har blitt gjort, og at de har fått de redskapene som vi har sådd gjerne første og andre gang.

Her bekrefter langt på vei miljøterapeuten en forventning om at kollegaer på sengeposten har gjort så god jobb i å hjelpe ungdommen med å få praktisere god brukermedvirkning og dermed ha fått noen verktøy å jobbe med videre. Å tro på at ungdommen trenger nye verktøy for å fortsette å være aktiv å praktisere god brukermedvirkning blir ikke sett på som naturlig. Jo flere innleggelse en ungdom har på sengepost, jo lettere tar miljøterapeutene på det med å følge opp med god brukermedvirkning. En fjerde miljøterapeut sa:

Og så tar vi det for gitt da den tredje og fjerde innleggelsen kommer. Vi tar litt lett de lette omveiene for å gjerne ikke være så tydelige og ærlige som var i starten.

Å legge til rette for å kunne praktisere en god brukermedvirkning gjør miljøterapeutene ofte mindre av når innleggelsene blir flere. Det blir vanskeligere å klare å holde engasjementet oppe, og vise ungdommen at miljøterapeutene ønsker å spille på lag med dem. I tillegg til at miljøterapeutene ikke er like aktivt inne i sakene etter tredje og fjerde innleggelse som de var i de første innleggelsene, så klarer de heller ikke være like tydelige overfor ungdommen slik de var ved den første innleggelsen.

4.4.3 Formidling av håp

Å ha en ungdom innlagt på sengepost med sterk suicidale tanker er en stor utfordring for miljøterapeutene. Å klare å la ungdommene som har slikt negativt selvbilde til å se andre alternativer er en jobb det ligger mye arbeid bak. Spesielt er dette ekstra stor utfordring når pasienter er innlagt på tvang, og har store suicidale tanker om ønske å dø. Å få frem et lite håp hos ungdommen om å leve, kan være åpningen til en spirende tanke om å være med å bestemme litt over sin egen behandling. Det er et stort skritt i riktig retning. En av miljøterapeutene sa det slik:

Min opplevelse til brukermedvirkning handler om å tenne et vis håp. For viss man har en sterk suicidal pasient, som ikke øyner håp eller noen ting, da blir det veldig låst i forhold til et ønske om å delta på noen ting som helst i det hele tatt, for eksempel å svare på et skjema. Og så klarer man gjerne – viss man er god på samme dagen – å så et lite håp, og ta tak i det håpet som gjerne er identifisert og allerede er der. Og klare faktisk å få ungdommen med på tanken i det hele tatt om å se en mulig fremtid.

Å bruke tid i sammen med ungdommen er viktig. Å spore et lite håp hos ungdommen kan bli avgjørende for miljøterapeuten for å få praktisere brukermedvirkning. Gjennom håp er det muligheter. Er ungdommen over 16 år må de gi sitt samtykke for sengeposten til å innhente opplysninger fra skole, foreldre eller offentlige instanser. Ungdommen begynner en deltakelse i sitt eget liv og får brukermedvirkning. En av de andre miljøterapeutene la til:

Jeg tenker det viktige arbeide er å bygge dette opp dag for dag. Den kontinuerlige kontakten, og hukke tak i utsagn fra ungdommen som gjerne kan vise litt fremtidshåp i denne «bli kjent- prosessen». Det er et godt eksempel hvor raskt det kan gå fra helt i vranglås til – ikke aktuelt – til «OK, jeg går med på». Da har man en helt annen arena å praktisere god brukermedvirkning.

Den kontinuerlige prosessen som miljøterapeutene står i med ungdommene handler om å skape den gode relasjonen. Klare å gripe de små utsagn som kommer fra ungdommen der det snakkes i et lite øyeblikk om drømmer for fremtiden, eller ønsker og mål de engang har satt seg. Slike øyeblikk må brukes for å nå inn til ungdommene. La de få se muligheter for fremtiden, og at ungdommene og ser at de på sengepost har mulighet til å påvirke og praktisere ønsker for sin egen behandling. En tredje miljøterapeut var veldig enig med de 2 andre og sa:

Ja, og hvor mye iherdig miljøterapeutisk arbeid eller fra behandlers side som faktisk er åpningen til å få til den brukervedvirkning, og da gjerne bruke de neste dagene til å åpne enda mer i større grad for det. Det tror jeg er et veldig kritisk tidspunkt for det.

Nok en gang bekreftes det at gjennom god relasjonelt arbeid oppnås det en åpning for å klare starte og praktisere brukervedvirkning. Det viser viktigheten av å ikke gi opp å få ungdommene med, men utnytte det kritiske tidspunktet de første dagene etter innleggelsen på en god og brukervennlig måte. Mulighetene er mange bare en er bevist på det fra miljøterapeutenes side. En av dem sa:

Hvor jeg enn er så velger jeg å utnytte situasjonen, for eksempel i måltidsituasjonen eller andre situasjoner, så prøver jeg å få tak i hvem denne personen er? Hva slags ressurser har du? Hva slags interesser har du?

Bevisstheten miljøterapeutene har om betydningen av å ha fokus på praktisering av god brukervedvirkning, gjør det også lettere for miljøterapeuten å praktisere god brukervedvirkning. Gjennom bevissthet er det lettere å holde håpet oppe for ungdommene. Det gjør at arbeidet føles meningsfullt og mer morsomt å være på jobb. En av dem sa: «Jeg føler også at når jeg er bevist på å praktisere brukervedvirkning, og jeg får det til og det fungerer, så syns jeg det er mye gøyere å jobbe». Gjennom håp viser miljøterapeutene en god måte å praktisere brukervedvirkning. Å gripe fatt i interesser og ressurser til ungdommene, bygge videre på det, og gir de muligheter til å ta aktiv del i sin egen behandling er god måte å praktisere brukervedvirkning.

4.4.4 Samhandling blant miljøterapeuter

For å kunne klare å praktisere god brukermedvirkning til ungdommene så handler det mye om hvordan miljøterapeutene har det i sammen på jobb. Å ha et godt arbeidsmiljø med høy psykososial faktor der åpenhet for diskusjoner og refleksjoner er anerkjent, er med å stimulere til at personalet er aktive i forhold til å praktisere brukermedvirkning. En av miljøterapeutene sa: «*Grunnen til at vi faktisk talt kan få til brukermedvirkning, handler om at vi som personal er så trygge på hverandre at vi tåler å ta opp ting som er ubehagelige*». En samkjørt personalgruppe kan stole på hverandre og klarer å skille sak og person når ubehagelige episoder oppstår. Dette er en forutsetning for å klare å praktisere brukermedvirkning. En annen forutsetning for samhandling er at det fins gode arenaer for å ta opp utfordringer som dukker opp for å styrke at miljøterapeutene opplever seg samkjørt. En annen miljøterapeut sa:

Jeg tenker veiledning er en kjempe effektiv strategi for å styrke gruppa. Og er det noe vi trenger i det vi står i, så er det nettopp å bli styrket som gruppe. Ikke bli styrket enkeltvis, det er vi ikke tjent med. Det at noen stiger himmelhøyt, og noen detter ned, det er veldig uheldig. Så at vi som gruppe kan styrkes i at vi kan tåle å stå det vi står i.

At miljøterapeutene opplever seg som et «vi», der de blir styrket og er mer robuste til å stå i det daglig utfordrende arbeidet er viktig. Å få til å opprettholde en god holdning og en kultur på sengeposten for at alle som jobber ser viktigheten med å praktisere god brukermedvirkning, kan være vanskelig. En miljøterapeut sa det slik: «*Utfordringen er å få alle sammen til å være enige om betydningen av brukermedvirkning. Og at det er en gjengs - sånn gjør vi det her. Det er og en vei vi har å gå*». Selv om ønsket til denne miljøterapeuten var å få det til, så opplever likevel vedkommende at ikke alle som jobber i sengeposten tenker likt. En tredje miljøterapeut sa det slik:

Brukermedvirkning faller også ut på grunn av at det er lett å snakke om, men det er ikke fullt så enkelt å få gjennomført det i praksis. Med ulike yrkesgruppe som får ulike veiledninger og ansvar og rollefordeling er det ikke like klart og tydelig.

At det er flere yrkesgrupper på samme arbeidsplass med ulikt ansvar og oppgaver er og en stor utfordring for å få mulighet til å praktisere gode brukermedvirkning. De forskjellige yrkesgrupper kan se ulikt på viktigheten av det, eller at de prioriterer ulikt i forhold til tidspress og andre utfordringer som dukker opp. Er ikke tryggheten til stede og veiledning

ikke blitt gjennomført med alle ansatte til stede, mister sengeposten den gode

forutsetningen for å kunne praktisere god brukervedvirkning. En fjerde miljøterapeut sa:

Vi er så redde for å trø hverandre på tærne i forhold til hva som er lurt og ikke. Av og til så trør man hverandre på tærne, og det er i forhold til trygghetsnivået også. Det må gå på kryss og tvers av yrkesgruppene også. Vi må tåle å ta i det som er ubehagelig også for å komme lenger frem i møte med ungdommen. Vi trenger å stå samlet for i det hele tatt å få dem aktivert. Ja jeg tror det er viktig, altså.

Miljøterapeutene opplever det som utfordrende å stå samlet som en tverrfaglig personalgruppe, både miljøpersonell og behandlere. Får å klare å praktisere god brukervedvirkning er det viktig at alle tenker likt rundt brukervedvirkning. Samtidig må personalgruppa tåle at ubehag kan oppstå. Klarer en å vokse seg sammen faglig som kollegaer og ha ungdommen i fokus, er muligheten til brukervedvirkning blir praktisert på sengeposten god.

5.0 DISKUSJON

Denne studiens problemstilling setter søkelyset på hvordan miljøterapeuter praktiserer brukermedvirkning i det daglige på en sengepost. Studien har vist at brukermedvirkning praktiseres variabelt av miljøterapeuter. Praktiseringen avhenger av forutsetninger hos ungdommer og miljøterapeuter, men også av at relasjonen mellom miljøterapeutene og ungdommer er god, og at organisatoriske rammer er tilrettelagt.

Studiens funn viser at dersom ungdommen var innlagt på en frivillig paragraf etter Lov om psykisk helsevern var det enklere for miljøterapeutene å legge til rette for at ungdommene skulle bli involvert i å oppnå innflytelse i det daglige på sengeposten. Miljøterapeutene kunne stille større krav og forventninger til dem da de valgte å legge seg inn frivillig. Disse funn bekrefter funn i studien til Stamsø (2017) som sier at pasientene må få ha innflytelse på sitt eget liv og sine egne valg.

Storm med flere (2009) sier at det er høy bevissthet hos miljøterapeutene om at brukerne skal være med å uttale seg i forhold til hvordan de ønsker hjelp i sin behandling. Min studie viste at høy alder hos ungdommene var en fordel for miljøterapeutene til å være aktivt med å ha brukermedvirkning. Høy alder hos ungdommene kunne gjøre det enklere for miljøterapeutene å få til en god dialog med dem.

At miljøterapeutene viser at de har tro på at ungdommene må få større innflytelse og kontroll over forhold som kan påvirke helsen deres er viktig. Viktigheten av dette kan begrunnes ut fra at en slik form for involvering kan bidra til å bemyndige ungdommene. Empowerment betyr «å bemyndige noen til» (Stang 1998), og det «å gi myndighet eller fullmakt» (Stang 1998) betyr i helsevesenet at brukerne skal kunne påvirke beslutninger som har konsekvenser for sin egen helse (Stamsø 2017).

Høiseth (2016) viser i sin studie at ungdommer som involverer seg i sin egen behandling opplevde stor gevinst i form av å få økt selvtillit og empowerment. Ungdommenes egne erfaringer er viktige, og ungdommene ble respektert på lik linje med hva fagfolk sa. På

samme måte viser en studie fra Australia av Green, Wisdom, Wolfe & Firemark (2012) at ungdommene som opplever stor grad av medvirkning inn i sin egen behandling, opplever nytteverdi når de blir invitert til å være med i sin egen sak. Fra min studie kommer det ikke frem fra miljøterapeutene at ungdommene hadde et stort engasjement i å være med å praktisere brukermedvirkning. Det kom heller ikke frem formeningene fra miljøterapeutene om at ungdommene på sengeposten opplevde stor gevinst i form av økt selvtillit.

I studien presentert av Bjerkan med flere (2009), svarte flertallet av brukerne at de var fornøyd med behandlingen de fikk, men at de hadde lite påvirkning og medbestemmelse av sitt eget behandlingstilbud. Det stemmer overens med mine funn. Miljøterapeutene sa at ungdommer som hadde vært innlagt på sengeposten gav lite tilbakemelding om de var fornøyd med oppholdet, eller om de hadde fått god hjelp. De ga også uttrykk til miljøterapeutene at de ikke har hatt så mye brukermedvirkning inn i sin egen behandling, og heller ikke et stort engasjement i å være med å praktisere det. Studien min viser at det er miljøterapeutene som tar initiativ til brukermedvirkning de gangene det blir praktisert.

De ungdommer som er innlagt på tvang etter Lov og psykisk helsevern, eller ungdommer som er veldig psykisk syke, har en alvorlig psykose eller mani, er de mest krevende ungdommene å praktisere brukermedvirkning med og derigjennom myndiggjøre. Ungdommer som er innlagt på tvang medvirker ikke i like stor grad i utformingen av sin egen behandling som de eldste ungdommene som er innlagt på frivillig paragraf. Det vil si at det er mer krevende å lykkes med empowerment med ungdommer som er tvangsinnlagt. Funn i min studie viser at miljøterapeutene var delvis uenig i hvordan praktisere brukermedvirkning når ungdommer er innlagt på tvang, og om de kunne ha empowerment. Min studie viser hvor utfordrende det kan være for miljøterapeutene å få med ungdommer som er innlagt på tvang til å ta del i brukermedvirkning. Likevel mente miljøterapeutene i min studie at for ungdommer å få lov til å uttale seg om små daglige aktiviteter kunne være en god måte å praktisere brukermedvirkning. Å la ungdommer få lov til å være med å lage en enkel dagsplan for seg selv er små skritt i å praktisere empowerment og brukermedvirkning.

I en studie til Mathisen med kolleger (2015) viste funn hvor vanskelig det er for miljøterapeuter å gi ansvar for egen bedring til brukere som er veldig syke og som har langvarig hjelpebehov. Det kan føre til et større ansvar enn hva de er i stand til å klare. I studien til Storm og kolleger (2009) kom det fram fra et brukerperspektiv at rutiner som morgenmøte åpnet for brukermedvirkning i avdelingen, mens andre rutiner ikke nødvendigvis åpnet opp for samme deltagelse av brukerne. Dette hang sammen med at brukerne enten var tvangsinnlagt eller ble tvangsmedisinert. Min studie viser at ungdommer som er med og planlegger innhold i dagene sine, har mulighet til å fylle dagen med små aktiviteter som er viktig for dem selv. Ungdommene kan for eksempel komme med ønsker om valg av mat til måltider. Gjennom valg av mat har de mulighet både til å få mat de liker, men og ha en påvirkning av andre valg som er viktig for dem. Det viser hvordan miljøterapeutene praktiserer empowerment og brukermedvirkning i møte med de sykeste ungdommene.

Min studie viser og at miljøterapeutene var opptatt av å skape en god relasjon mellom ungdommene og seg selv som miljøterapeuter. Å være med allerede ved innleggelsen, uttrykte miljøterapeutene som viktig. Dette funnet er på linje med det Storm og kolleger (2009) vektlegger som viktig funn. Relasjonen mellom miljøterapeuter og ungdommer er grunnleggende for å få til god brukermedvirkning. Storm og kolleger (2009) sier at det må være høy bevissthet hos miljøterapeutene, der de har fokus på å involvere ungdommene og være åpne for at ungdommene kan uttale seg om hvordan de ønsker å få hjelp. Mine funn viser at miljøterapeutene uttrykker at det handler om å bli møtt og sett, og også om hvordan de henvender seg til ungdommene. Å bruke et bevist språk kan være avgjørende for etablering og vedlikehold av god relasjon. Ungdommene kan bli trygge nok til at de begynner å ta egne valg, og ønsker å være med å beslutte hva som skal stå i hans eller hennes behandlingsplan.

I en studie gjennomført i Australia av Green og kollegaer (2012) framkom viktig funn som viser hvordan det kan være mulig å engasjere psykisk syke ungdommer. Personalet måtte være empatiske og ekte, samt opprette et tryggende og støttende miljø. Gjennom min studie kom det tydelig frem at relasjon var det som ofte førte til praktisering av

brukermedvirkning. At ungdommene opplevde seg sett og hørt var viktig allerede fra innleggelsesdagen. Dette funnet støtter dermed funn hos Green og kolleger (2012) som viste at en god relasjon mellom ungdom og miljøterapeut er grunnleggende viktig. I min studie kommer det også fram at miljøterapeutene forsøker å bygge en god relasjon ved å formidle håp. Særlige gjelder dette når ungdommer blir innlagt på ny. Når suicidale pasienter blir innlagt gjentatte ganger og ikke ser fremtid og håp, er det krevende og en stor utfordring for miljøterapeutene.

Min studie viser videre at miljøterapeutene opplever det som utfordrende å stå samlet som en tverrfaglig personalgruppe relatert til praktisering av brukermedvirkning. For å oppfylle de nasjonale føringene om brukermedvirkning i Lov om Pasientrettigheter (1999), må miljøterapeutene strekke seg lang i det daglige, samtidig som de opplever at forskjellige yrkesgruppene ser ulikt på viktigheten av å praktisere brukermedvirkning. Klarer alle kollegene i personalgruppa ha ungdommen i fokus, er muligheten god til å praktisere brukermedvirkning på en slik måte at ungdom opplever seg sett og hørt i sengeposten. Mine funn viser at forutsetninger hos personal for brukermedvirkning er et godt arbeidsmiljø, der åpenhet for diskusjoner og refleksjoner er anerkjent. Det er et viktig bidrag til å stimulere miljøterapeutene til praktiserer god brukermedvirkning. Miljøterapien skapes av en samlet personalgruppe. Thorgaard (2014) sier at: *«Miljøet skabes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, sådan som disse viser sig i samspillet med patienterne, og som de opplevelse av patienterne»*. Det innebærer at det ikke er likegyldig hvordan miljøterapeutene møter ungdommene. Språket miljøterapeutene bruker er sentralt. Det er ikke likegyldig hvordan de henvender seg til ungdommene, og skriver om dem i sykepleiedokumenter. Språket sier noe om miljøterapeutenes holdninger og tanker om ungdommene.

I en studie til Solbjør & Steinsbekk (2011) viste det seg at det stort sett var helsepersonell som tok initiativ til brukermedvirkning. Min studie viser det samme resultatet. Som regel har miljøterapeutene på sengepost det i fokus når en ungdom blir innlagt. Da er det et tema i innsjekk samtalen. Miljøterapeutene opplever det lettere å ta initiativ til det med de ungdommer som blir innlagt frivillig enn de som blir innlagt på tvang eller re innlagt.

Gjentatte reinnleggelser kan påvirke miljøterapeutens motivasjon til å praktisere brukermedvirkning. Larsen med flere (2006) sier at brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringer for å kunne yte best hjelp. Mine funn viser at miljøterapeutene ofte tror at ungdommene har fått de redskapene som sengeposten har å gi, og følger ikke opp brukermedvirkning like godt i reinnleggelsene.

Mine funn viser og at sengepostens organisatoriske rammer for å praktisere brukermedvirkning kan være en utfordring særlig knyttet til miljøterapeutenes arbeid med behandlingsplan for ungdommer. Det har å gjøre med at organisatoriske rammer i sengeposten er preget av føringer som ble implementert i helsetjenesten i forbindelse med New Public Management reformen (Stamsø 2017). Denne reformen vektla at helsetjenesten skulle utøve sin virksomhet ved og «gjøre de rette tingene» på en slik at det lønner seg (Stamsø 2017). Det ble innført krav om økt effektivitet og resultatoppnåelse (Stamsø 2017). For å få det til har fokuset vært å bedre helsetjenesten, utvide valgmuligheter for brukere til å velge tjenester for eksempel fritt sykehusvalg. Selv om brukermedvirkning er et uttalt ønske også hos miljøterapeutene og er lovpålagt oppgave i følge Lov om pasientrettigheter, møter miljøterapeutene på organisatoriske utfordringer som gjør det vanskelig å klare å gi ungdommene et tilbud om deltakelse i utarbeiding av egen behandlingsplan. Det er særlig tidspresset som miljøterapeutene har som representerer utfordring når det gjelder å få ungdommene med på lag. Miljøterapeutene har krav på seg om å lage en behandlingsplan allerede til første behandlingsmøte etter ungdommen er innlagt. Dersom en ungdom blir lagt inn akutt på kveld eller natt, kan det bli vanskelig å bidra til å utforme sin egen behandlingsplan. Mine funn viser at miljøterapeutene ser ulikt på involvering av ungdommer på teammøter. Flere av miljøterapeutene var opptatt av å ha de med fra begynnelsen av innleggelsen, og dersom ungdommen ikke torde eller ikke ville, var miljøterapeutene flinke å gi tilbakemelding etterpå om hva som var blitt diskutert og bestemt. Andre miljøterapeuter synes å oppleve at ungdommene bare var med på deler av teammøte, eller kom inn på slutten av møte. Det opplevdes som dårlig eller ingen form for brukermedvirkning. De ulike teamene sitt fokus på brukermedvirkning er avgjørende for om ungdommene blir involvert eller ikke.

6.0. AVSLUTNING

6.1. Oppsummering

Denne studien retter seg mot miljøterapeuter som jobber på en ungdomspsykiatrisk sengepost. Studiens mål var å utvikle kunnskap om hvordan miljøterapeutene praktiserer brukermedvirkning i det daglige på en sengepost. Det ble gjort et fokusgruppeintervju med 5 deltaker for å samle data om hvordan miljøterapeutene praktiserte brukermedvirkning. Funnene viser brukermedvirkning praktiseres variabelt av miljøterapeuter. Fire hovedfunn kom frem: Første hovedtema viste at ungdommer har ulike forutsetninger for å praktisere brukermedvirkning. Dette temaet ble beskrevet ved to undertema som viste at ungdommer kan bidra til å gjøre brukermedvirkning enkelt og de kan bidra til å gjøre det vanskelig. Det andre hovedtema viste organisatoriske utfordringer for å praktisere brukermedvirkning. Det tredje hovedpunktet handlet om gode relasjoner som bidrar til brukermedvirkning. Det siste hovedtemaet handlet om forutsetninger hos personal for å praktisere brukermedvirkning. Det var delt opp i fire undertema: Invitasjon til deltakelse på teammøter, motivasjon til å involvere ungdommer som ble innlagt på nytt, formidling av håp og samhandling blant miljøterapeuter.

6.2 Konklusjon

Studien konkluderer med at praktisering av brukermedvirkning kunne med fordel vært bedre implementert organisatorisk i sengeposten, særlig relatert til ungdommers deltakelse på teammøter og i arbeid med deres behandlingsplan. Tidspress i sengeposten og holdninger i de ulike behandlingsteamene medfører at ikke alle ansatte synes å være like interessert i å involvere ungdommene aktivt i brukermedvirkning. Samtidig kan praktisering av brukermedvirkning i sengepost være krevende for miljøterapeutene når ungdommer er alvorlig psykisk syke og sykdommen påvirker deres forutsetninger for deltakelse.

For at miljøterapeutene skal få praktisere brukermedvirkning enda bedre på sengeposten, er det viktig at det settes av tid innenfor de organisatoriske rammene sengeposten har til rådighet. I tillegg er det viktig at både miljøterapeuter og behandlere som jobber i

sengeposten har et felles fokus på at også alvorlige psykiske syke ungdommene skal være aktivt med på teammøtene og i utformingen av sine behandlingsplaner.

7.0 BIBLIOGRAFI

- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten : arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Belin, S. (2010). *Relation før metode : at arbejde med mennesker med alvorlige psykiske problemer*. København: Akademisk Forlag.
- Bjerkan, A. M., Pedersen, P. B., & Lilleeng, S. (2009). Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, 2003 og 2007 SINTEF rapport (Vol. A11409). Trondheim: SINTEF, Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning.
- Borg, M., & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*.
- Dahl, A. A., & Malt, U. F. (1994). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Universitetsforl.
- Forandringsfabrikken. (2014). *Psykisk helseProffene : unge med råd til psykisk helsevern*. Forandringsfabrikken: Oslo.
- Green, C., Wisdom, J., Wolfe, L., & Firemark, A. (2012). Engaging youths with serious mental illnesses in treatment: STARS study consumer recommendations. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 360.
- Havens, L., & Fields, M. (1990). Schizophrenia - Treatment, Process, Outcome - McGlashan, TH, Keats, CJ *Am. J. Psychiat.* (Vol. 147, pp. 248-248).
- Helse- og omsorgsdepartement. (2009). Samhandlingsreformen : rett behandling - på rett sted - til rett tid St.meld. (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartement. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* (Vol. 11(2015-2016)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedepartementet. (1996-97). *Åpenhet og helhet— Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (Meld. St. 25 (1996-97)). Retrieved from https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/.
- Helsedepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998* (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>.
- Helsedepartementet. (1998-99). *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)* (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-12-1998-99-/id159415/>.
- Høiseth, J. R. (2016). Brukermedvirkning for barn og unge. Erfaringer fra prosjektet «Min stemme teller». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01-02), 134-139.
- Kristoffersen, K. (2006). *Helsens sammenhenger : helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Larsen, E., Nordal, A., & Aasheim, F. (2006). Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet : mål, anbefalinger, og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse Rapport IS-1315 / Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. uppl. ed., pp. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. F., & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. doi: 10.7557/14.3710
- Opjordsmoen, S., Thorsen, G.-R. B., & Vaglum, P. (2008). *Oss imellom : om relasjonenes betydning for mental helse* (2. utg., rev. utg. ed.). Stavanger: Hertervig akademisk.
- Pasientrettighetsloven. (2000). *Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999- 07-02-63, sist endret ved lov av 2017-06-02-34 fra 01.10.2017*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>.
- Rogan, T. (2008). Et felles løft. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(02), 104-110.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Solbjør, M., & Steinsbekk, A. (2011). User involvement in hospital wards: Professionals negotiating user knowledge. A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 85(2), e144-e149. doi: 10.1016/j.pec.2011.02.009
- Stamsø, M. A. (2017). *Velferdsstaten i endring : om norsk helse- og sosialpolitikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse : om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforl.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). Spesialisthelsetjenesten - [statistikk]. Retrieved 15. januar, 2018, from <http://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse>
- Steinsbekk, A., Rise, M. B., Westerlund, H., & Bjørgen, D. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for norsk psykologforening (online)*. 50(2013)nr 1, 2-5.
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F., & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Strømstad, J. V., Torbjørnsen, A. B. E., & Aasland, A.-M. K. (2016). *Hvem er du? : miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid*. Stavanger: Hertervig forl. akademisk.
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M., & Kristofersen, L. B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid : idealer og realiteter* (Vol. 2007:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorgaard, L., & Haga, E. (2014). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi* (3. utg. ed. Vol. B. 1). Stavanger: Hertervig forl.
- WHO. ([2018]). Child and adolescent mental health. Retrieved March 12th, 2018, from http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/

Vedlegg 1.

Forespørsel om adgang til forskningsfeltet i et masterprosjekt om brukervedvirkning på sengepost XX

Som en del av masterstudiet i relasjonsbehandling, skal jeg våren 2018 skrive min avsluttende masteroppgave. Min masteroppgave handler om hvordan miljøterapeutene praktiserer brukervedvirkning u det daglige på en ungdomspsykiatrisk sengepost. Jeg ønsker å gjøre et gruppeintervju med 5 ansatte på posten, og forespør om det er mulig å gjennomføre et gruppeintervju i deres arbeidstid.

Temaer som vil bli berørt i fokus intervjuet er:

- miljøterapeutens praktisering av brukervedvirkning
- Forandringsfabrikken og brukervedvirkning
- rammebetingelser og brukervedvirkning

Dette gruppeintervjuet vil ta ca 1.5 time. Data vil bli aidentifisert i masteroppgaven, og all data vil bli slettet ved prosjektslutt 01.06.18.

All informasjon som blir gitt vil bli behandlet konfidensielt.

Det er frivillig å være med, og det er mulig å trekke seg ut dersom en måtte ønske det. Det trengs ingen begrunnelse for å trekke seg ut, og det vil heller ikke få noen konsekvenser for den enkelte. Trekker en informant seg vil alle opplysningene om vedkommende bli anonymisert.

Min veileder på masteroppgaven er førsteamanuensis Margareth Kristoffersen, Universitetet i Stavanger. Ønsker du å kontakte henne kan hun nås på mail adresse:

margareth.kristoffersen@uis.no.

Prosjektet er meldt til Forskningsavdelingen/personalombud, og det er godkjent.

Med vennlig hilsen

Asbjørn Lindland

Vedlegg 2.

Informasjonsskriv til postleder

Forespørsel om adgang til forskningsfelt i et masterprosjekt om brukervedvirkning på post XX, om å være prosjektets kontaktperson.

Som en del av masterstudiet i relasjonsbehandling, skal jeg våren 2018 skrive min avsluttende masteroppgave. Min problemstilling er: På hvilken måte praktiserer miljøterapeutene brukervedvirkning i det daglige på en ungdomspsykiatrisk sengepost? Jeg ønsker å gjøre et gruppeintervju. Jeg ønsker å rekruttere 5 ansatte på posten, og ber om tillatelse til å gjennomføre intervjuet i ansattes arbeidstid. Et gruppeintervju er ofte bra å bruke for å få innsikt i holdninger og tanker om et spesielt tema. Temaer som vil bli berørt er:

- miljøterapeutens praktisering av brukervedvirkning
- Forandringsfabrikken og brukervedvirkning
- rammebetingelser for brukervedvirkning

Dette gruppeintervjuet vil ta max 1,5 time. All informasjon som blir gitt vil bli behandlet konfidensielt. Data vil bli aidentifisert i masteroppgaven, og alle data vil bli slettet ved prosjektslutt 01.06.2018.

Det er frivillig å være med, og det er mulighet til å trekke seg ut dersom en måtte ønske det. Det trengs ingen begrunnelse for å trekke seg ut, og det vil heller ikke få noen konsekvenser for den enkelte. Trekker en informant seg vil alle opplysninger om vedkommende bli anonymisert.

Jeg forespør samtidig om du kan påta deg oppgaven med å være prosjektets kontaktperson. Det innebærer å forespørre aktuelle informanter om de er villige til å motta skriftlig informasjon om prosjektet. De inklusjonskriteriene jeg har satt for å være med i studiet er at de må ha minst 50% stilling på posten, og må ha vært ansatt på posten i minst 2 år. Det bør også være en nokså jevn fordeling av begge kjønn.

Å være kontaktperson innebærer også å motta tilbakemelding av svar. Det vil si at miljøterapeutene som er villig til å delta, melder sin interesse til deg. Du videresender kontaktinformasjon til meg, slik at jeg kan kontakte aktuelle informanter for å gjøre nærmere avtale om tid og sted for gruppeintervjuet.

Min veileder på masteroppgaven er førsteamanuensis Margareth Kristoffersen, Universitetet i Stavanger. Ønsker du å kontakte henne kan hun nås på mail adr: margareth.kristoffersen@uis.no.

Prosjektplanen er sendt inn til Forskningsavdelingen/personalombud for godkjenning. Dersom du tenker at posten din kunne tenkt seg å være med på dette studiet, ønsker jeg at du hjelper meg å finne informanter. Gruppeintervjuet vil foregå i januar 2018.

Med vennlig hilsen

Asbjørn Lindland

Vedlegg 3.

Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt om brukermedvirkning

Bakgrunn og formål:

Som en del av masterstudiet i relasjonsbehandling ved Universitetet i Stavanger, skal jeg våren 2018 skrive min avsluttende masteroppgave. Min problemstilling er: På hvilken måte praktiserer miljøterapeutene brukermedvirkning i det daglige på en ungdomspsykiatrisk sengepost?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Jeg ønsker å gjøre et gruppeintervju. Jeg ønsker å rekruttere 5 ansatte på posten. Intervjuet vil foregå i din arbeidstid, og det vil ta ca 1,5 time.

Temaer som vil bli berørt i intervjuet er:

- miljøterapeutens praktisering av brukermedvirkning
- Forandringsfabrikken og brukermedvirkning
- rammebetingelser for brukermedvirkning

Hva skjer med informasjonen om deg?

All data vil bli registrert på digitalt lydopptaker. All data vil etterpå bli transkribert, og lagret på datamaskin. Lydfilen vil bli slettet.

All informasjon som blir gitt vil bli behandlet konfidensielt. Data vil bli aidentifisert og som forsker har jeg taushetsplikt. Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2018. Når prosjektet er avsluttet vil også all data bli slettet 01.06.18.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta ber jeg deg signere samtykkeerklæringen. Samtykkeerklæringen ber jeg deg om å ta med til gruppeintervjuet. Jeg ber deg også om å fylle ut vedlagt skjema for bakgrunnsinformasjon, og vil ta dette med til gruppeintervjuet.

Tilbakesending av svar

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg om å sende svar til din postleder via epost – cecilie.granhøy@sus.no.

Jeg tar deretter kontakt med deg for å avtale tid og sted for intervjuet

Har du spørsmål om studien kan du ta kontakt med meg via e-post, ali@sus.no eller sms – telefonnummer 93832100. Du kan også kontakte min veileder på masteroppgaven førsteamanuensis Margareth Kristoffersen, Universitetet i Stavanger.

margareth.kristoffersen@uis.no.

Studiet er meldt til NSD/Forskningsavdelingen her på Stavanger Universitetssykehus.

Med vennlig hilsen

Asbjørn Lindland

Vedlegg 4.

Intervjueguide.

Tema 1: Miljøterapeutens opplevelse av brukermedvirkning

1. Hvordan praktiser dere brukermedvirkning på posten?
2. Hvilke muligheter har bruker til å være med på å utforme sitt eget behandlingsopplegg?
3. Hvor mye vektlegger dere hans/hennes ønsker?
4. Hvor mye kan brukeren bestemme av behandlingsopplegget?
5. Hvilke situasjoner er enkle å få til brukermedvirkning?
6. Hvilke situasjoner er vanskelige å få til brukermedvirkning?

Tema 2: Forandringsfabrikken

Gjennom Forandringsfabrikken har det vært noen fokusområder rundt brukermedvirkning som de har vært spesielt opptatt av på posten. Dette gjelder spesielt barnets plan= behandlingsplan, og barnets møte =samarbeidsmøte.

1. Hvordan jobber dere med behandlingsplanen nå?
2. Hvordan jobbet dere med behandlingsplanen tidligere?
3. Hvordan endrer det miljøterapeutiske arbeidet når dere har ungdommene med på å lage behandlingsplan?
4. Opplever du at ungdommene blir mer interessert i sitt eget behandlingsopplegg når dere ønsker å ha de med i å lage behandlingsplaner?
5. Hvordan arter samarbeidet seg?
6. Har dere fått et annet syn på viktigheten av å ha med ungdommene på å lage behandlingsplan nå sammenlignet med tidligere?
7. Har du fått et annet syn på viktigheten av å ha med ungdommene på team møter – nå sammenlignet med tidligere?
8. Opplever du at ungdommene blir mer interessert i i sitt eget behandlingsopplegg når du ønsker å ha dem med på team og andre møter? Hvordan arter det seg?

Tema 3: Rammebetingelser for brukermedvirkning

1. Hva er det som fremmer god brukermedvirkning for ungdom i deres hverdag på jobb?
2. Hva er det som hemmer god brukermedvirkning for ungdommer i deres hverdag på jobb?
3. Hva er mest positivt med at ungdom har brukermedvirkning?
4. Hva er utfordringer knyttet til at ungdom har brukermedvirkning?
5. Er det noe annet dere ønsker å si knyttet til praktisering av brukermedvirkning i miljøterapi med ungdom?

Vedlegg 5.

Samtykke til deltakelse i studien.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Personopplysninger/bakgrunnsinformasjon

Alder:.....

Kjønn:.....

Sivilstatus:.....

Jobbet på sengeposten i hvor mange år?.....

Utdannelse:.....

Stillingsstørrelse:.....

Registrering av student/bachelor/masteroppgave

Skjemaet fylles ut elektronisk og sendes Forskningsavdelingen (forskning@sus.no).
 Husk å legge ved all relevant dokumentasjon.

1 Prosjekt	
Navn på prosjekt:	
Beskrivelse av formål med prosjektet/oppgaven:	
Masteroppgave	
Protokoll/prosjektbeskrivelse vedlagt: <input checked="" type="checkbox"/>	
2 Student	
Navn: Asbjørn Lindland	SUS epost/annen epost: ali sus.no
Dersom studenten er SUS-ansatt navn på klinikk: Klinikk psykisk helsevern barn, unge og rusavhengige	Nærmeste overordnede: Lars Konrad Moe
3 Veileder	
Navn: Margareth Kristoffersen	Epost: Margareth Kristoffersen <margareth.kristoffersen@uis.no>
Dersom veileder er SUS-ansatt navn på klinikk: Velg klinikk fra liste	SUS epost:
4 Intern prosjektleder ved SUS (kun dersom verken student/veileder er ansatt ved SUS)	
Navn:	SUS epost:
Navn på klinikk: Velg klinikk fra liste	Nærmeste overordnede:
5 Datainnsamling	
Innhente pasientdata: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/> Hvis ja: Innhente samtykke: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Intervjuguide/variabelliste/spørreskjema vedlagt <input type="checkbox"/> Informasjonsskriv vedlagt <input type="checkbox"/> Samtykkeskjema vedlagt <input type="checkbox"/>	Innhente data fra ansatte: Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis ja: Innhente samtykke: Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Intervjuguide/variabelliste/spørreskjema vedlagt <input type="checkbox"/> Informasjonsskriv vedlagt <input type="checkbox"/> Samtykkeskjema vedlagt <input type="checkbox"/>
6 Lagring	

Hvordan/hvor skal data lagres?

7 Hvilke tillatelser skal innhentes for prosjektet

Kopi av innsendt REK-søknad er vedlagt	<input type="checkbox"/>	REK-referanse
Kopi av svar fra REK vedlagt	<input type="checkbox"/>	
Utfylt meldeskjema til personvernombudet vedlagt	<input checked="" type="checkbox"/>	
Kopi av ledelsesforankring vedlagt	<input checked="" type="checkbox"/>	

8 Signatur

Dato/underskrift:

Ved eventuelle spørsmål kontakt fagsjef Kirsten Lode tlf 5151 3778/Margot Viste 5151 3770 eller send en epost til forskning@sus.no.

Tabellen under fylles ut av Forskningsavdelingen.

Rettslig grunnlag for behandling av personopplysningene i prosjektet:

Helseforskningsloven

Helsepersonelloven

Personopplysningsloven

Konsesjon fra Datatilsynet



Notat

Til:

Asbjørn Lindland

Fra:

Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:

Klinikkssjef Lars Conrad Moe, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 20.12.2017

Arkivref: 2017/9369 - 117858/2017

Godkjent masterprosjekt - MA144

Masterprosjektet: «Praktiserer miljøterapeutene brukermedvirkning i det daglige på en ungdomspsykiatrisk sengepost?»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet er vurdert av forskningsansvarlig og registrert i vår database med intern id: MA144.

De nødvendige tillatelser foreligger og basert på disse og forskningsprotokollen godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Som ved alle forskningsprosjekter minner vi om at:

- Ved endringer må endringsmelding sendes Forskningsavdelingen.
- Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt.

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. En kort rapport med sluttdato sendes forskning@sus.no når prosjektet er avsluttet.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sykehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 8.

Litteratursøk

De databasene jeg har brukt er PsycInfo, Cinahl og Oria.

Søkeordene var: patient participation, patient involvement, mental health, youth, adolescents, young people, young adults, client participation, client involvement.