

**Ansatte ved barne- og ungdomsboliger sine tanker om
psykisk helse blant barn og unge med en psykisk
utviklingshemning – en kvalitativ studie**



Universitetet
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet
Master i Rus- og psykisk helsearbeid
Masteroppgave (40 studiepoeng)**

**Håkon Helgesen
Veileder: Kolbjørn Kallesten Brønnick**

31.05.20

Antall ord: 20 532

Sammendrag

Psykiske lidelser er mer utbredt blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning, enn hos barn og unge uten. Forskning på hvordan det arbeides med psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning er derfor sentralt for å utvikle og bedre det psykiske helsearbeidet. Dette prosjektet benyttet kvalitative intervjuer for å utforske hva ansatte ved barne- og ungdomsboliger tenker skal til for at barn og unge med en psykisk utviklingshemning mottar god psykisk helsehjelp. Det var til sammen seks ansatte ved to barne- og ungdomsboliger som ble intervjuet. For å analysere intervjuene ble Granheim og Lundman sin kvalitative innholdsanalyse benyttet. Funnene gjort i prosjektet viser at ansatte ved barne- og ungdomsboliger opplever det som utfordrende å arbeide med psykisk helse da det er vanskelig å skille mellom hva som er psykisk helse og hva som kan tilegnes diagnosen eller miljø. Videre hadde ansatte et søkelys på individuelle vurderinger, gode observasjoner og dokumenteringer, samt trygt og kjent personell når det kom til psykisk helsearbeid. Disse punktene samsvarte godt med arbeidsmetoden de benyttet på barne- og ungdomsboligene som var positiv atferdsstøtte. Avslutningsvis opplevde ansatte manglende fokus på psykisk helse fra spesialisthelsetjenesten. Et større søkelys på psykisk helse fra spesialisthelsetjenesten vil igjen gi økt fokus på psykisk helse blant de ansatte. De ansattes tanker om psykisk helse og psykisk utviklingshemning samsvarte godt med den tilgjengelige forskningen på temaet. Forskningen viser at det er mangler innen psykisk helsearbeid blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning. En av grunnene er at det er utarbeidet få nasjonale føringer på samarbeid, ansvar og arbeidsfordeling mellom Barne- og ungdomspsykiatrien, Habiliteringstjenesten for barn og unge, og kommunene. I tillegg vil det være geografiske forskjeller i det psykiske helsevernet på barne- og ungdomsboligene, da kommunene i landet selv velger arbeidsmetoder. Det er få retningslinjer fra sentralt hold når det kommer til valg av arbeidsmetode.

Forord

I 2016 var jeg ferdig med bachelor i sosialt arbeid og sa da til meg selv at jeg var ferdig med utdanning. To år senere startet jeg likevel på master i rus- og psykisk helsearbeid, og to år etter dette er masterprosjektet ferdig. Det har vært en lang og spennende reise og i den forbindelse har jeg noen personer jeg vil takke.

Først vil jeg takke min veileder Kolbjørn Kallesten Brønne for all veiledning og hjelp. Dine tilbakemeldinger og støttende ord har vært viktig for meg i denne prosessen. Jeg anser meg selv som heldig som fikk en så reflektert, hjelpsom og faglig veileder som deg.

Jeg vil også takke alle informantene til prosjektet. Uten dere hadde det ikke vært noen master. Deres tanker, refleksjoner og utsagn har vært med på å forme oppgaven og gjort denne tiden utrolig spennende.

Avslutningsvis vil jeg takke min samboer Ingrid for all støtten du har gitt meg gjennom denne prosessen. Du sprer glede i hverdagen og gjennom deg har jeg fått ekstra motivasjon til å arbeide med prosjektet. I tillegg vil jeg takke både min samboer Ingrid og min søster Charlotte for å ha hjulpet meg med korrekturlesning.

Stavanger, 29.05.20

Håkon Helgesen

Innholdsliste

Sammendrag	2
Forord	3
1 Introduksjon	5
1.1 Innledning	5
1.2 Hensikt	7
1.3 Forskningsspørsmål	9
1.4 Begrepsavklaringer	10
1.5 Litteratursøk	11
2 Teoretisk rammeverk	14
2.1 Psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning	14
2.2 Det norske helsevesenet	18
2.3 Arbeidsmetode og tilnærming	21
3 Metode	26
3.1 Metodevalg og rammeverk:	26
3.2 Utvalg	29
3.3 Intervju og intervjuguide	32
3.4 Analyse	34
3.5 Forskningsetiske retningslinjer	37
4 Funn	38
4.1 Alle har individuelle behov	38
4.2 Relasjoner på arbeidsplassen	41
4.3 Det er utfordrende å gi god hjelp	44
5 Diskusjon	49
5.1 Psykisk helse oppleves som vanskelig å vurdere	50
5.2 Viktigheten av samarbeid og relasjon på arbeidsplass og med eksterne tjenesteytere	53
5.3 Tilnærmingens og metodens påvirkning av arbeidet med psykisk helse	56
5.4 Studiens styrker og begrensninger	59
6 Konklusjon	61
Litteraturliste	63
Vedlegg 1: Intervjuguide	67
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	68

1 Introduksjon

1.1 Innledning

Gjennom arbeid i barnevernsinstitusjon og barne- og ungdomsbolig, har jeg erfaring med problemstillinger knyttet til psykisk helse blant barn og unge i utsatte grupper. Ser man på selvrapporterte psykiske plager blant ungdommer generelt i ungdomskolen eller på videregående vil man finne økende tall. Fra 2011 til 2018 har antall jenter i ungdomskolen med flere selvrapporterte psykiske plager økt fra 16 til 22 prosent. Gutter på ungdomskolen har ikke hatt like stor økning, men har likevel i samme periode økt fra 6 til 8 prosent. Også på videregående skole er det en økning både blant jenter og gutter for flere selvrapporterte psykiske plager fra 2015 til 2018 (Bakken, 2019). Denne rapporten viser en trend blant norsk ungdom, men dette gjelder bare de ungdommene som har mulighet til å si ifra om sine psykiske problemer. Det jeg opplevde på en barne- og ungdomsbolig for barn og unge med funksjonsnedsettelse var i større grad en gruppe som ikke evnet å si ifra om sine psykiske plager og problemer. Det ble i flere sammenhenger opp til hver ansatt å ta disse vurderingene på vegne av beboerne på barne- og ungdomsboligen grunnet beboernes manglende evne til å si ifra. Dette gjorde meg nysgjerrig på hvilken forskning det allerede var på temaet psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning.

Det er gjennomført flere internasjonale studier på forekomsten av psykiske lidelser blant de med en psykisk utviklingshemning. Konsensus er at personer med en psykisk utviklingshemning har vesentlig høyere fare for å utvikle psykiske lidelser. Dette gjelder også barn og unge. I 2011 ble det gjennomført en kunnskapsoppsummering av ni internasjonale studier på forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning. Der ble det konkludert med at mellom 30-50 % av barn og unge med en psykisk utviklingshemning også hadde en psykisk lidelse. Til sammenligning hadde barn og unge uten en psykisk utviklingshemning 8-18% forekomst av psykiske lidelser (Einfeld, Ellis, & Emerson, 2011). Nasjonalt kompetansemiljø for utviklingshemning utarbeidet i 2016 en rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet. I rapporten ble litteratur på forekomsten av psykiske lidelser blant de med en psykisk utviklingshemning gjennomgått. Funnene i

rapporten viser med tydelighet at forekomsten av psykiske lidelser hos de med en psykisk utviklingshemning er større enn hos dem uten. Samtidig viser rapporten til stort sprik i datamaterialet. Hos barn og unge er det størst sprik, fra 15 % til 50 % av barn og unge med en utviklingshemning har samtidig en psykisk lidelse (NAKU, 2016). Uavhengig av hvilke av disse tallene man forholder seg til er det høyere forekomst av psykiske lidelser hos barn og unge med en psykisk utviklingshemning enn hos de uten, hvor tallet ligger på 8 % (Halvorsen et al., 2014).

Konsensus er altså at gruppen barn og unge med en psykisk utviklingshemning har høyere risiko for å utvikle psykiske lidelser. Samtidig er det forskere som stiller spørsmål ved validiteten til denne konsensusen. Holden (2008) påpeker at det er gjort få studier som ser på graden av psykisk utviklingshemning og forekomsten av psykiske lidelser. Et argument som Holden (2008) benytter er at økende grad av psykisk utviklingshemning gjør at man har et mindre atferdsrepertoar og dermed vil ha mindre lidelser eller forstyrrelser, i alle fall som kan komme til uttrykk på en måte som muliggjør diagnostisering med klarhet. Dette ville da gitt færre psykiske lidelser hos de med vesentlig psykisk utviklingshemning, noe som går imot konsensusen i forskningsmiljøet. Holden (2008) argumenterer for at evnen til verbal forståelse har direkte sammenheng med enkelte psykiske diagnoser som depresjon og angst. De med en vesentlig psykisk utviklingshemning er i større grad skånet mot verbale faktorer som kan bidra til psykiske lidelser, da de i mindre grad evaluerer livshendelsers betydning. Evnen til å gruble og å grue seg er eksempler på handlinger som krever verbal forståelse og som kan påvirke den psykiske tilstanden til en enkelt person.

Flere norske forskere viser til mangelen på forskning når det kommer til hvordan man arbeider med gruppen som har en samtidig psykisk utviklingshemning og en psykisk lidelse (Bakken et al., 2018; Halvorsen et al., 2014; Søndena & Skeie, 2010). Halvorsen et al. (2014) legger i sin artikkel frem ulike synspunkter på hva som kan ha bidratt til et udekket hjelpebehov hos barn og unge med lavt evnenivå. I artikkelen er det brukt lavt evnenivå som målepunkt (IQ som avviker to standardavvik eller mer under aldersgjennomsnittet) da flere av studiene det henvises til i artikkelen, ikke oppfyller de krav som skal til for å gi diagnosen psykisk utviklingshemmet. Allikevel vil store deler av gruppen sammenfalle med de med psykisk utviklingshemning. Artikkelen peker på manglende kunnskapsutvikling innen feltet.

«Manglende kunnskapsutvikling kan ha bidratt til diagnostisk overskygging, hvor psykiske og atferdsmessige vansker hos barnet tilskrives grunnlidelsen eller den kognitive vansken, og derfor ikke blir gjenstand for særskilt utredning og behandling» (Halvorsen et al., 2014, p. 211)

For å tegne et klart bilde av kompetansemiljøet rundt barn og unge med en psykisk utviklingshemning er det vesentlig å se på hvordan helsevesenet er lagt opp. Det norske helsevesenet bygger på tre hovedprinsipper; desentralisering, universell tilgang og valgfrihet av tjenesteleverandør. Det vil si at kommunene har ansvaret for de primære helsetjenestene, dette gjelder også psykisk helse og tilbud for de med psykisk utviklingshemning. Denne desentraliseringen og det kommunale selvstyre kan føre til geografiske forskjeller i både tilbud og tilnærming (Bakken et al., 2018). Dette kommer jeg tilbake til i senere kapittel.

For mitt videre arbeid med temaet rundt psykisk helse og psykisk utviklingshemning dannet kunnskapen jeg har beskrevet ovenfor et bakteppe. Jeg startet deretter å undersøke hvordan jeg kunne være med på å bidra til å øke kunnskapen på et område der det var konsensus om at mer forskning var nødvendig. Det viste seg at det er gjennomført få eller ingen undersøkelser på hvordan ansatte ved barne- og ungdomsboliger tenker de kan bidra til å yte god psykisk helsehjelp til sine beboere. Min erfaring fra barne- og ungdomsbolig gav meg en god mulighet til å undersøke nærmere ansatte sine tanker rundt arbeidet med barn og unge med en psykisk utviklingshemning og deres psykiske helse.

1.2 Hensikt

I introduksjonen har jeg henvis til artikler som viser at barn og unge med en psykisk utviklingshemning har større risiko for å utvikle psykiske lidelser. Samtidig fremgår det at forskningen på temaet psykisk helse og psykisk utviklingshemning er mangelfull. Mine tanker og erfaringer fra arbeidet med denne gruppen var at arbeid med psykisk helse blant dem med psykisk utviklingshemning ikke hadde en stor nok rolle i hverdagen. For meg opplevdes det som psykisk helse ble tilsidesatt til fordel for diagnose og atferd. Hensikten med dette

prosjektet var derfor å bidra til økt kunnskapsgrunnlag ved å undersøke deler av dette temaet nærmere. Det var flere ulike måter jeg kunne ha gjort det på, men min tanke var at de som arbeider tettest med gruppen kan gi gode tentative svar som kan bidra til teoridannelse om hvordan man skal arbeide med psykisk utviklingshemmede barn og unge sin psykiske helse.

Videre så jeg på det som interessant å høre hvordan ansatte opplever at samarbeidet med andre instanser fungerer. Samarbeid kan være utfordrende i et helsevesen som er delt opp i ulike nivåer. Det kan være interessant for institusjoner som samarbeider med barne- og ungdomsboliger angående psykisk helse å se hvordan ansatte ved barne- og ungdomsboliger opplever samarbeidet. Prosjektet kan være med på å se om endringer i samarbeidsrutiner kan være nødvendig for å styrke arbeidet med barn og unge som har samtidig psykisk utviklingshemning og psykiske vansker. I tillegg vil det være interessant å se om arbeidsmetoden og tilnærmingen til kommunen og barne- og ungdomsboligen har en påvirkning på det psykiske helsearbeidet ved barne- og ungdomsboliger. Siden kommunene selv kan velge metode i arbeidet på barne- og ungdomsboliger, kan dette føre til geografiske forskjeller med tanke på tilnærming til psykisk helse, noe jeg kommer tilbake til i kapittel to.

Med bakgrunn i disse vurderingene falt valget på å intervju ansatte ved barne- og ungdomsboliger om psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning, nærmere bestemt hvordan ansatte ved barne- og ungdomsboliger i en kommune tenker man skal arbeide for at barn og ungdom med en psykisk utviklingshemning skal motta god psykisk helsehjelp.

Den metodologiske strategien var å ha en induktiv tilnærming til forskningen. På den måten gikk jeg inn i prosjektet med blanke ark, noe som er hensiktsmessig i en situasjon der det mangler tidligere forskning som kan danne utgangspunktet for hypoteser. Hensikten var ikke å teste hypoteser, men heller å se om jeg kunne utvikle noen hypoteser om generelle sammenhenger utfra de individuelle intervjuene (Tjora, 2017). Intervjuene var i stor grad med på å forme teorien det skrives om. For å ikke bli for fokusert på teori og forskning i forkant og under intervjuene ble teoridelen av prosjektet skrevet etter at intervjuene var gjennomført og analysert. Det var allikevel viktig at jeg som forsker satte meg inn i temaet psykisk helse og psykisk utviklingshemning slik at jeg kunne ha en belyst samtale med intervjuobjektene.

1.3 Forskningsspørsmål

Et godt forskningsdesign legger grunnlaget for god forskning. Malterud (2017) viser til at det er forskningsspørsmålet som skal være førende i valg av metode og forskningsspørsmålet bør derfor være formulert slik at det peker mot metodevalg som kan gi svar.

Hensikten med prosjektet var å se nærmere på hvordan ansatte ved barne- og ungdomsboliger tenker omkring psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning. Utfra dette ble følgende forskningsspørsmål utarbeidet:

«Hva tenker ansatte ved barne- og ungdomsboliger skal til for at barn og unge med en psykisk utviklingshemning mottar god psykisk helsehjelp?»

Det var et bevisst valg å ha et relativt åpent og nøytralt forskningsspørsmål, siden forskningen hadde en induktiv tilnærming. Et åpent og nøytralt forskningsspørsmål fører gjerne til at forforståelse fra forskers side i mindre grad påvirker utfallet. Det foreligger lite eller ingen forskning på temaet fra før og dette var med på å påvirke utformingen av forskningsspørsmålet og prosjektets valg av metode, noe som utdypes i kapittel tre. Samtidig som det var en bevisst strategi å ha et åpent forskningsspørsmål var det sentralt at det måtte være klarhet i hva prosjektet ønsket å svare på. Det ble derfor i tillegg til forskningsspørsmålet utarbeidet flere underkategorier fra hovedspørsmålet som var sentrale i utarbeidelsen av forskningsdesignet og gjennomføringen av prosjektet.

- Hvordan tenker ansatte psykiske vansker kommer til uttrykk hos de med en psykisk utviklingshemning?
- Hvordan tenker ansatte et samarbeid med spesialisthelsetjenesten burde fungere?
- Hvilke tanker har ansatte rundt forebygging og tiltak i arbeid med psykisk helse hos barn og unge med en psykisk utviklingshemning?
- Hva tenker ansatte i forhold til kursing og kompetanse på psykisk helse på barne- og ungdomsboliger?
- Hvordan påvirker arbeidsplassens/kommunens arbeidsmetode og tilnærming ansattes tanker rundt psykisk helsearbeid?

Disse underkategoriene skulle være med på å klargjøre retningen til forskningen. Tanken var at underkategoriene var direkte knyttet opp mot forskningsspørsmålet, samtidig som de var med på å gi klarhet i utarbeidelsen av intervjuguide og i arbeidet med teori knyttet til

prosjektet. Det var gjennom hele prosessen et fokus på åpenhet i forskningen. Åpenhet gjør at leseren får innsikt i hvordan forskningen er gjennomført, noe som igjen gjør at leseren raskt vil kunne vurdere forskningens relevans.

1.4 Begrepsavklaringer

Sentrale begreper kan forstås på ulike måter i forskjellige sammenhenger og det gis derfor en begrepsavklaring for denne oppgaven.

Beboer: Beboer brukes om de barn og unge som bor på en barne- og ungdomsbolig. Tidligere har begreper som pasient eller bruker blitt benyttet, men ansatte ved barne- og ungdomsboligene benytter beboer for å unngå stigmatisering.

Barne- og ungdomsbolig: En barne- og ungdomsbolig er en døgnbarnet bolig som benyttes av barn og unge med funksjonsnedsettelse. Disse funksjonsnedsettelsene gjør at de har behov for ekstra omsorg og pleie. Helsenorge benytter følgende definisjon på hva et tilbud om barnebolig er:

«Barne- og avlastningsbolig er et tilbud for barn og unge under 18 år som har behov for å bo i en bolig som har helse- og omsorgstjenester hele døgnet. Det kan for eksempel være barn med funksjonsnedsettelse og eventuelt sykdom(mer) som krever ekstra omsorg og pleie.» (Helsenorge, 2019)

Det kommer ikke tydeligere frem hva som kreves for å få plass ved en barnebolig og det er opp til hver enkelt kommune å gjøre disse vurderingene. I lovverket benyttes definisjonen barnebolig om det som i dette prosjektet omtales som barne- og ungdomsbolig. Dette har sammenheng med kommunens valg av aldersgruppe på boligen. Aldersgruppen på barneboligene i denne kommunen strekker seg opp til 25 år og er derfor omtalt som en barne- og ungdomsbolig. Kommunene har plikt til å drive barneboliger etter helse- og omsorgstjenesteloven. I Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 (2011) vises det til kommunens plikt å drive institusjoner. Barneboliger defineres som institusjon etter forskriften om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 (2014).

Ansatt: Ansatt vil bli benyttet som begrep når personalet fra barne- og ungdomsboligen omtales. Dette er valgt på bakgrunn av de ulike stillingstitlene til informantene. Det ble intervjuet vernepleiere, sykepleiere og miljøterapeuter.

1.5 Litteratursøk

Litteratursøket ble gjennomført i flere ulike steg. I startfasen ble det gjennomført et vidt litteratursøk for å få en oversikt over tilgjengelig litteratur på området psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning. Det ble gjennomført søk i norske og engelske databaser for å ta med både norske og internasjonale publikasjoner. Søkeord som ble benyttet i første omgang var på engelsk «mental retardation», «intellectual disability», «mentalhealth», «youth», og «adolescence». Søkebasene som ble benyttet var Pubmed og Google Scholar. På norsk ble følgende søkeord benyttet «psykisk utviklingshemning», «psykisk helse», «psykisk lidelse», «unge», «ungdom», og «barn» benyttet. Søkebasene som er tatt i bruk er Oria.no og idunn.no. Det ble benyttet ulike kombinasjoner av disse søkeordene.

For å se om det fantes nyere forskning på temaene ble det benyttet siteringssøk og referansesøk. Det vil si at jeg så hvem som hadde sitert publikasjonene jeg allerede hadde lest og funnet relevante for prosjektet. I tillegg ble referansene til publikasjonene gjennomgått for å se om det var aktuelle kilder der. Et funn som ble gjort via siteringssøk var artikkelen til Bakken et al. «*Mental health services for adolescents and adults with intellectual disabilities in Norway: a descriptive study*» (2018).

De innledende litteratursøkene identifiserte flere relevante publikasjoner. Publikasjonene som var relevante rettet seg i større grad mot forekomsten av psykiske lidelser blant barn, unge og voksne med en psykisk utviklingshemning, og i mindre grad mot hvordan man skal arbeide med denne gruppen. To funn skilte seg ut i den sammenheng og var systematiske kunnskapsoppsummeringer som omhandlet arbeidet med psykisk helse blant de med en psykisk utviklingshemning. Bakken og Sageng (2016) gjennomgikk publikasjoner fra 1994-2013 som omhandlet arbeidet med psykisk helse hos voksne med psykisk lidelse og samtidig psykisk utviklingshemning. Vereenoghe et al. (2018) gjennomførte en lignende

gjennomgang. I gjennomgangen til Vereenoghe et al. (2018) ble det fokusert på intervensjoner knyttet til psykiske vansker hos barn og voksne med alvorlig/dyp psykisk utviklingshemning (IQ under 40). Ingen av disse publikasjonene retter seg direkte mot barn, men det kan tenkes at flere av funnene i forskningen kan overføres til arbeid med barn. Konsensus i begge gjennomgangene er at det er vesentlige mangler i forskningen som er gjort. Flere av studiene som er gjennomført var case-studier hvor det var en deltaker. Det vises også til mangelfull oppfølging av forskningen. Vereenoghe et al. (2018) fremhever at antall publikasjoner som rettet seg mot intervensjoner for psykiske vansker hos de med en dyp/alvorlig psykisk utviklingshemning var så få at funnene ikke lot seg generalisere til hverken konkrete psykologiske eller farmasøytiske intervensjoner.

Manglende litteratur som gikk direkte på barn og unge med samtidig psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning gjorde det nødvendig å benytte litteratur som ikke spesifiserte alder. All litteratur som ikke gikk direkte på barn og unge ble nøye vurdert for å sikre relevansen til forskningen og dermed opprettholde validiteten til prosjektet.

I de neste fasene ble litteratursøkene mer sentrerte mot temaene som var aktuelle for forskning. De samme databasene ble benyttet, men søkeordene ble endret i samsvar med prosjektets utvikling. Søkene på nye temaer og forskning ble gjort i etterkant av intervjuene fordi informasjonen i intervjuene var styrende for deler av teorien til prosjektet.

Oppbygningen av det norske helsevesenet i relasjon til ansvarsoppgaver og samarbeid innen habilitering av barn og unge er et eksempel på dette. Under analysen av intervjuene ble det klart at de ansatte var opptatt av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og barne- og ungdomsboligene (Bakken et al., 2018; Eknes, 2014; Søndena & Skeie, 2010). Dette la grunnlaget for nye litteratursøk. I søkene på helsevesenets oppbygging ble det også benyttet Helsedirektoratet sine egne sider for å finne veiledere og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2015a, 2015b).

Et annet eksempel er litteratursøket på metoden positiv atferdsstøtte (Positive Behavior Support). Her ble det i stor grad lagt vekt på engelsk litteratur da metoden er relativt ny i Norge. Søket startet bredt for å få en oversikt over hva metoden er bygget på når det gjelder kunnskapsgrunnlag (Carr, Dunlap, Horner, Koegel, & et al., 2002). Videre ble søket rettet mot forskning på resultatene til metoden. Forskingen gjort på positiv atferdsstøtte viste i stor grad en nedgang i uønsket atferd, men forskningen tok ikke opp psykisk helse som tema

(Dunlap et al., 2010; MacDonald & McGill, 2013; McClean & Grey, 2012). Samtidig som litteratursøkene ble mer spisset mot enkelte temaer var det sentralt at jeg som forsker ikke ble opptatt av å finne forskning som nødvendigvis var enig med intervjuobjektene. Det ble gjennom hele søkeprosessen fokusert på å opprettholde høy refleksivitet og dermed styrke forskningens overførbarhet og validitet.

2 Teoretisk rammeverk

2.1 Psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning

For å se nærmere på hvordan man kan arbeide med psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning er det sentralt å se på de to begrepene hver for seg. Psykisk utviklingshemning og psykisk helse er to omfattende begreper i seg selv. Det vil her bli vist til hvordan psykiske lidelser hos de med en psykisk utviklingshemning kan fremstå annerledes enn hos de uten en psykisk utviklingshemning. Det vil i tillegg bli gjennomgått hvordan ulike grader av utviklingshemning er med på å påvirke det psykiske helsearbeidet. Det er viktig å poengtere at det er forskjell på psykisk helse og psykiske lidelser. Statistikken viser at det er forhøyet risiko for at personer med en psykisk utviklingshemning kan utvikle psykiske lidelser. Det er likevel ikke slik at alle personer med en psykisk utviklingshemning har en psykisk lidelse. Derimot har alle personer med en psykisk utviklingshemning en psykisk helse og det er sentralt at det arbeides for å opprettholde eller bedre den psykiske helsen.

Psykisk utviklingshemning er en bred diagnose og er beskrevet i ICD-10 F70-79. ICD-10 er den tiende internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer. Den er utarbeidet av verdens helseorganisasjon (WHO) og revideres med jevne mellomrom (Malt, 2019). I ICD-10 defineres psykisk utviklingshemning som:

«Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f.eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.» (Verdens helseorganisasjon, 2020 F70-F79)

Psykisk utviklingshemning viser seg i barneårene, gir utslag på flere områder og følger personene livet ut. Psykisk utviklingshemning er et vidt begrep og omfatter mange mennesker. I Norge opererer man med at rundt 1.5 % av befolkningen har en psykisk

utviklingshemning, det vil si rundt 79 500 etter befolkningstall fra SSB per 2019 (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2012).

Da psykisk utviklingshemning dekker mange mennesker er det gjort en inndeling av diagnosen i ulike grader. Det opereres med fire ulike grader innen psykisk utviklingshemning. Den første er lett psykisk utviklingshemning og omfatter personer med en IQ på mellom 50 og 69, det vil si at de har en mental alder mellom 9 og 12 år. Denne gruppen vil i noen grad kunne fungere som deltakere og bidragsyttere i samfunnet. De vil kunne ha gode språklige ferdigheter og i noen sammenhenger være i stand til å kunne ha arbeid.

Neste grad av utviklingshemning er moderat psykisk utviklingshemning. Her vil IQ ligge mellom 35 og 49 og de vil da ha en mental alder på mellom 6 og 9 år. Denne gruppen vil i større grad være avhengig av andre personer i dagliglivet. De kan som regel lære å stelle seg selv med litt veiledning. De vil kunne lære språkferdigheter på linje med en andre klassing. I ungdomstiden vil de ha problemer med å skape relasjoner til jevnaldrende grunnet manglende forståelse av sosiale regler og normer. Denne gruppen vil kunne ha mulighet til å gjennomføre enkelt manuelt arbeid, men vil være avhengig av omfattende tilrettelegging og veiledning.

Tredje grad av utviklingshemning er alvorlig psykisk utviklingshemning. IQ på denne gruppen vil ligge mellom 20 og 34 og de vil ha en mental alder på mellom 3 og 6 år. De som har diagnosen vil kunne lære seg noen taleferdigheter og en evne til grunnleggende selvhjelp, men utover dette vil de ha et sterkt behov for bistand i hverdagen. De kan i voksen alder gjennomføre enkle arbeidsoppgaver, men vil ha behov for bistand.

Den fjerde og siste graden av utviklingshemning er dyp psykisk utviklingshemning. Her ligger IQ på under 20 og mental alder på under 3 år. Dette fører til kraftige begrensninger på flere områder. De vil i stor grad ikke evne å ha egenomsorg. Kommunikasjonen vil ha sterke begrensninger, som minimalt eller ingen språk. Bevegelse vil påvirkes og de vil ha behov for oppfølging konstant. Noen kan lære enkle arbeidsoppgaver, men vil ha behov for bistand (Verdens helseorganisasjon, 2020; Holden, 2008).

Grunnen til at det er viktig å få en forståelse av de ulike gradene av psykisk utviklingshemning, er at det har en direkte påvirkning av hvordan man kan arbeide med den psykiske helsen. Det påvirker ikke bare arbeidet med psykiske lidelser, men også hvordan

man kan diagnostisere psykiske lidelser. Før vi går inn på dette er det sentralt å si noe om psykisk helse og hvordan dette påvirker de med en psykisk utviklingshemning.

Det er mange faktorer som påvirker den psykiske helsen til de med en psykisk utviklingshemning. Disse faktorene skiller seg ikke særlig fra resten av befolkningen, men måten man arbeider med faktorene på kan være annerledes. Nylander (2020) deler disse faktorene i to ulike klasser av behov: fysiske behov og mentale behov. Fysiske behov handler om det kroppslige og hvordan det kan påvirke den psykiske helsen. Overvekt, tannhelse, søvn, mosjon, fotpleie og avslapping er alt med på å påvirke den psykiske helsen. Utfordringen er når de med en psykisk utviklingshemning ikke evner å gi beskjed om fysiske plager. Gode observasjoner og dokumentering blir da sentralt for å kunne følge med på blant annet søvn og atferdsendringer.

Alle personer har mentale behov. Behovene er nokså like, men kan komme til uttrykk på ulike måter. Evnenivå vil ha en påvirkning på hvordan de mentale behovene kan dekkes. Disse behovene kan være relasjoner, seksualitet, trygghet, autonomi, mental stimulering og hjelpemidler. Autonomi er et godt eksempel på hvor ulikt man dekker de ulike mentale behovene basert på evnenivå. En person med lav grad av psykisk utviklingshemning vil i stor grad være autonom og vil kanskje bare i liten grad ha behov for veiledning. En person med alvorlig psykisk utviklingshemning vil derimot kanskje ikke være i stand til å velge annet enn hvilken film han ønsker å se. Det samme gjør seg gjeldende for mental stimulering, man er avhengig av å tilpasse stimuleringen etter evnenivå. Hvordan alle disse behovene dekkes er med på å påvirke den psykiske helsen.

Manglende behovsdekking kan i verste fall føre til psykiske lidelser. Psykiske lidelser er en fellesbetegnelse på lidelser som rammer tanker og følelser, og som ofte har funksjonelle konsekvenser. Kroppslige funksjoner kan også rammes eksempelvis kan fordøyelse, seksuell funksjon og energinivå påvirkes ved depresjon. Psykiske lidelser omfatter stemningslidelser, atferdsforstyrrelser, angst- og belastningslidelser, og psykoser (Bakken, 2020a). Norge benytter ICD-10 i diagnostisering av psykiske lidelser. ICD-10 gir forklaringer på symptomer ved de ulike psykiske lidelsene. Bakken (2020b) uttrykker at det er lite kunnskap om hvordan symptomene vises eller uttrykkene psykiske lidelser får hos mennesker med en psykisk utviklingshemning. Det antas at personer med en psykisk utviklingshemning vil kunne ha atypiske symptomer på psykiske lidelser. Begrenset språk og forståelse er med på å påvirke

symptombildene på de ulike lidelsene. Det er for eksempel ikke mulig å få verbal formidling av opplevelser som inngår i en depresjon og det må derfor sees etter andre symptomer.

Det er flere årsaker til at psykiske lidelser skiller seg fra somatiske lidelser og som dermed gjør dem vanskeligere å diagnostisere og behandle. I motsetning til somatiske lidelser har ikke psykiske lidelser like klar etiologi. Ved somatiske lidelser er det ofte en klar årsakssammenheng som gjør det enklere å stille diagnose. Dette kan være konkrete funn fra skader, vevsforandringer og blodverdier. Psykiske lidelser har derimot en uklar etiologi og diagnoser stilles ofte uavhengig av etiologien (Holden, 2008). En annen sentral forskjell er forløpet i sykdomsbilde. Hos personer med somatiske sykdommer vil sykdommen oppstå og utvikle seg nokså likt om de har samme diagnose. Dette er ikke tilfelle hos personer med psykiske lidelser. Sykdomsbildet er ofte mer komplekst, og sykdomsforløpet kan være relativt ulikt hos personer med samme diagnose. En tredje forskjell sentrerer rundt responsen på behandling. Hos personer med somatiske sykdommer vil det ofte være relativ lik respons på lik behandling. Personer med psykiske lidelser derimot vil kunne reagere veldig ulikt på lik behandling på tross av lik diagnose (Holden, 2008). Disse tre faktorene som vist til ovenfor gjør arbeidet med psykiske lidelser krevende og man må i større grad tilpasse behandlingen etter pasienten. Dette gjelder også de med en psykisk utviklingshemning. Denne gruppen vil i tillegg ha utfordringer som gjør arbeidet enda mer utfordrende. Manglende verbale ferdigheter og evne til å forstå kan gjøre ulike typer terapeutisk behandling umulig. Nylander (2020) viser i den forbindelse til viktigheten av omgivelsene. Ved lavere evne til forståelse av personen med psykisk utviklingshemning desto større ansvar på omsorgspersonene rundt.

Graden av psykisk utviklingshemning vil påvirke arbeidet med den psykiske helsen, uavhengig av om personen har en psykisk lidelse eller ikke. Eknes (2014) viser til hvordan behandling og tilbud må tilpasses evnenivået til personen med psykisk lidelse. Det er da essensielt at behandlerne eller miljøterapeutene i nærkretsen til personen har nok kompetanse til å gjennomføre gode utredning slik at de mottar et godt tilbud (Eknes, 2000).

2.2 Det norske helsevesenet

Arbeidet med personer med en psykisk utviklingshemning kan skje på flere nivåer innen helsevesenet. Det er derfor sentralt å se nærmere på hvordan det norske helsevesenet er bygget opp når det gjelder arbeidet med barn og unge med en psykisk utviklingshemning som bor i barne- og ungdomsbolig. Måten helsevesenet er bygget opp på påvirker beboerne på barne- og ungdomsboliger direkte, også når det gjelder arbeidet med psykisk helse.

Det norske helsevesenet har tre administrative nivåer; stat, fylke og kommune. Nivåene er tildelt ulike oppgaver. Disse oppgavene er nedfelt i lovverket, der det tydelig fremkommer hvilke oppgaver som tilhører blant annet kommunen (Bakken et al., 2018). Videre er helsevesenet inndelt i ulike helse regioner; Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt-Norge. Disse regionene har ulike oppgaver, blant annet å tilby spesialiserte helsetjenester og å drive sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Når det gjelder dette prosjektet er det sentralt å se på hvem som har ansvar for hva når det gjelder barn og unge med en psykisk utviklingshemning som bor på barne- og ungdomsboliger. Det å drive barne- og ungdomsboliger følger av norsk lov og er kommunens ansvar. Loven angir visse føringer på hvordan en barne- og ungdomsbolig skal drives, men dette er generelle føringer som for eksempel at tilbudet pasientene mottar skal være av god kvalitet og være likeverdig for pasientene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det legges derimot ikke føringer for hvilken metode og tilnærming som skal benyttes i arbeidet med barne- og ungdomsboliger. Det er opp til hver enkel kommune å vurdere hvilken metode de ønsker å benytte. Helsedirektoratet (2015a) har i en veileder gitt enkelte føringer på hva en metode må inneholde når det kommer til kommunenes tilbud om barnebolig.

«Kommunene har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av et forsvarlig tjenestetilbud i samsvar med den enkeltes behov. Et forsvarlig tjenestetilbud innebærer at brukermedvirkningen er optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger, og at hjelpen gis med god faglig kunnskap, innsikt og forståelse for den enkeltes situasjon. Flere elementer, blant annet organisering, saksbehandling og samarbeid ved tjenesteytingen inngår også i vurderingen av hvorvidt et tilbud er forsvarlig.»

(Helsedirektoratet, 2015a, p. 40)

Kommunene har altså et «sørge-for-ansvar» når det kommer til tjenestetilbudene, men kan selv velge metode så lenge føringene til helsedirektoratet overholdes. Dette kan gi store geografiske forskjeller i hvordan det arbeides på barne- og ungdomsboliger og kan påvirke den psykiske helsen til barn og unge på ulike måter, noe som vil diskuteres i kapittel fem. Videre er det helseregionene som har ansvaret for habiliteringstjenestene. Det er likevel valgt å dele habiliteringstjenestene inn ytterligere. Eksempler på dette er habiliteringstjenestene i Bergen og i Stavanger som begge i utgangspunktet ligger under Helse-Vest regionen. Habiliteringstjenestene har i tillegg en ekstra inndeling som gjelder alder og det er valgt å ha en habiliteringstjeneste for barn og unge (0-18år, HABU) og en for voksne (HAVO). Habiliteringstjenestene i Helse Vest har som mål å «bygge opp eller gjenopprette viktige funksjoner slik at pasienten i større grad kan mestre hverdagen.» (Helse Vest, 2019)

Habiliteringstjenesten ble opprettet i 1991 og ble da en del av spesialisthelsetjenesten. Habiliteringstjenesten skulle ikke være en hindring for at mennesker med psykisk utviklingshemning hadde tilgang til psykisk helsevern innen spesialisthelsetjenesten. Allikevel har habiliteringstjenesten i et historisk perspektiv vært en parallell organisasjon til det psykiske helsevernet og kun samarbeidet i beskeden grad (Søndena & Skeie, 2010). Etter samhandlingsreformen i 2008 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) har det i større grad vært søkelys på samhandling innen helsetjenestene, dette gjelder også habiliteringstjenesten og psykisk helsevern.

Barne- og ungdomshabilitering (HABU) har ansvaret for oppfølging av barn og unge med funksjonsnedsettelse, også når det kommer til psykisk helse. I strategiplanen til HABU vises det til hvem som har rett på tjenester fra dem. Samtidig påpekes det at oppfølging av barn og unge med funksjonsnedsettelse ikke alene bør avgrenses til HABU, men at de også bør følges opp i andre deler av spesialisthelsetjenesten der unge får tilbud. Her nevnes barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) som eksempel. Samhandling er et sentralt punkt i strategiplanen, og det vises til viktigheten av at HABU ikke utvikles til å bli et «særomsorgstilbud for målgruppen» (Helse Stavanger, 2016). Dette samsvarer godt med samhandlingsreformen og tilrettelegger for økt samarbeid på tvers av ulike tjenesteytere som HABU og BUP. Strategiplanen til HABU påpeker i tillegg behovet for nasjonale føringer og retningslinjer slik at pasienter mottar likeverdige tilbud uavhengig av hvor de er i landet.

«Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene er i relativt liten grad standardiserte på tvers av tjenestesteder. Dette kan være eit hinder for å yte likeverdige tenester til pasientene. Det utarbeides imidlertid flere nasjonale retningslinjer og veiledere både i forhold til utredning og oppfølging av spesifikke diagnosegrupper» (Helse Stavanger, 2016, p. 8)

Hverken på kommunalt nivå eller regionalt nivå er det utarbeidet nasjonale føringer når det kommer til arbeidet med personer med funksjonsnedsettelse og det er opp til hver enkelt region å vurdere hvilken tilnærming og metode det skal arbeides etter. Metoden og tilnærmingen til helse regionen trenger nødvendigvis ikke samsvare med kunnskapsmetoden til barne- og ungdomsboligene som er drevet av kommunene.

Samhandlingsreformen hadde som hensikt å gjøre tilbudet mer helhetlig for pasientene. Reformen skulle føre til at pasientene ikke ble en kateball i systemet, men heller gjøre at helsevesenet i større grad samarbeidet på tvers av ansvarsområdene. Tilbudet en voksen person med psykisk utviklingshemning og psykiske vansker mottar er som sagt avhengig av hvor i landet vedkommende er bosatt. Det vil si at noen plasser i landet har man tilbud eller kompetanse som direkte retter seg mot voksne med samtidig psykisk utviklingshemning og psykiske vansker. For barn derimot er det slik at det ikke er opprettet noen særtilbud for gruppen med samtidig psykisk utviklingshemning og psykiske vansker. De vil bli henvist til den generelle barne- og ungdomspsykiatrien (Bakken et al., 2018). Eknes (2014) hevder spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsevern betviler sin kompetanse når det kommer til å hjelpe personer med psykisk utviklingshemning og psykiske vansker. Dette til tross for at de med en psykisk utviklingshemning kan utvikle de samme psykiske lidelsene som resten av befolkningen. Også Eknes (2014) anser geografiske forskjeller som problematiske. Ulikheter i kompetanse hos habiliteringstjenestene fører til ulikt tilbud til pasientene.

Det er utfordrende for spesialisthelsetjenesten å fordele ansvar for personer med psykisk utviklingshemning når det ikke er nasjonale føringer på plass. Som nevnt i forrige delkapittel er det utfordrende å skille mellom psykiske vansker og diagnose/atferd. Dette kan få betydning for spesialisthelsetjenesten i form av samhandlingen mellom BUP og HABU. Uten nasjonale føringer for hvem som er ansvarlig for de ulike oppgavene er det utfordrende å samarbeide, men desto viktigere. Rolleavklaring ovenfor kommunene og barne- og ungdomsboligene er også sentralt. Spesialisthelsetjenesten er en viktig bidragsyter til det

kommunale helsevesenet. Samtidig er det kommunen og barne- og ungdomsboligene som har ansvaret for beboerne. Kompetanseutvikling hos ansatte kan ha en særdeles viktig rolle i arbeidet med psykisk helse. Denne kompetansehevingen ved barne- og ungdomsboligene kan spesialisthelsetjenesten i form av BUP og HABO være en del av. Mye av behandlingen for psykiske vansker skjer i beboernes hjem i form av miljøterapeutiske tiltak (Pettersen, Tegnander, & Immonen, 2014).

2.3 Arbeidsmetode og tilnærming

I første delkapittel ble det vist til sammenhengen mellom psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning, samt hvordan graden av utviklingshemning kan påvirke symptomer og behandling. En betydningsfull del av psykisk helsearbeid gjøres gjennom forebygging. Forebyggingen på en barne- og ungdomsbolig skjer blant annet gjennom det miljøterapeutiske arbeidet som blir gjennomført. Dette miljøterapeutiske arbeidet vil følge en tilnærming og metode som kommunene har implementert. Kommuner kan som sagt ha ulike metoder og tilnærminger, men i dette prosjektet vil det settes søkelys på metoden til den kommunen de deltagende barne- og ungdomsboligene tilhørte. Det vil bli undersøkt hvordan metoden til kommunene kan være med på å påvirke det psykiske helsearbeidet.

Metoden danner grunnlaget for hvordan det arbeides på en barne- og ungdomsbolig. Helsedirektoratet har pålagt det norske helsevesenet å arbeide etter kunnskapsbasert praksis, og det benyttes derfor metoder som støttes opp av evidensbasert forskning (Helsedirektoratet, 2012). Kunnskapsbasert praksis vil si at man tar i bruk den best tilgjengelige forskningen, sammen med kliniske erfaringer og pasienters verdier og preferanser for å skape gode helse- og omsorgstjenester (Alper & Haynes, 2016).

En arbeidsmetode kan påvirke den psykiske helsen til tjenestemottakerne på ulike måter avhengig av hvilken metode som blir benyttet. Holden (2008) viser blant annet til hvordan miljømessige faktorer kan ha stor påvirkning på den psykiske helsen til de med en psykisk utviklingshemning. Avhengig av hvilken metode som blir benyttet vil det være ulikt fokus på det miljømessige rundt beboerne på en barne- og ungdomsbolig. Metodens vektlegging av

medvirkning, mental stimuli, fysisk stimuli og trygghet er ulike faktorer som vil påvirke den psykiske helsen til personer med en psykisk utviklingshemning.

I kommunen til barne- og ungdomsboligene som deltok i prosjektet blir det benyttet positiv atferdsstøtte (positive behavior support, PBS) som metode og tilnærming i arbeid med funksjonsnedsatte. Denne metoden er implementert nå i senere år og det fremkommer av strategiplanen til kommunen at implementeringen ikke er ferdig og vil fortsette de neste par årene (Stavanger kommune, 2020). Positiv atferdsstøtte er en omfattende metode og vil i dette prosjektet bli beskrevet kort og vil sees på i sammenheng med psykisk helse.

Det er ingen allmenn akseptert norsk definisjon av positiv atferdsstøtte så det er derfor valgt å bruke den engelske definisjonen:

«PBS is an applied science that uses educational methods to expand an individual's behavior repertoire and systems change methods to redesign an individual's living environment to first enhance the individual's quality of life and, second, to minimize his or her problem behavior.» (Carr et al., 2002, p. 4)

Definisjonen til positiv atferdsstøtte henviser til hva målet med metoden er, men også hvordan målet skal nås. Sentralt i metoden er sentreringen rundt pasientens utvikling gjennom å øke pasientens mulighet til å motta og nyte økt livskvalitet. Definisjonen i seg selv er generell, men metoden har klare retningslinjer på hvordan målet skal nås.

Positiv atferdsstøtte dukket opp på midten av 80-tallet som en metode for å forstå og adressere uønsket atferd. Den har over tid utviklet seg til å bli en fullverdig metode for arbeid med personer med en funksjonsnedsettelse (Dunlap, Carr, Horner, Zarcone, & Schwartz, 2008). Metoden har i hovedsak latt seg inspirere av tre ulike kilder: personsentrerte verdier, normaliseringsbevegelsen og anvendt atferdsanalyse.

Personsentrerte verdier omfatter metodens etiske verdier. Personen med funksjonsnedsettelse er i sentrum og all behandling, samt planer skal være individuelt tilpasset personen. Det vil si at personens spesifikke hjelpebehov og mål skal styre utviklingen av tjenestetilbud. Videre er det en jevnlig vurdering av alle hjelpetiltak som iverksettes. Denne vurdering baseres på pasientens verdighet og valgmulighet. Positiv

atferdsstøtte benytter ikke hjelpetiltak kun basert på effektivitet, men tar også hensyn til pasientens selvrespekt og verdighet (Carr et al., 2002).

Fra normaliseringsbevegelsen har positiv atferdsstøtte tatt med seg tanken om at alle med funksjonsnedsettelse har krav på å leve i samme setting som alle andre, samt at de skal ha tilgang på de samme mulighetene som alle andre. Dette innebærer muligheten til å gå på skole, ha en jobb, ha et hjem og ha sosial omgang. Gruppen av personer med funksjonsnedsettelse skal være en del av samfunnet og skal ikke segregeres (Carr et al., 2002). Denne tankegangen samsvarer med Norges valg om å inkludere og normalisere personer med funksjonsnedsettelse på 80-tallet. I 1985 ble det utarbeidet en NOU-rapport der det ble beskrevet at livssituasjonen og levekårene på institusjoner var medmenneskelig, sosialt og kulturelt uakseptable (NOU1985:34). Dette førte til en avvikling av de store institusjonene for funksjonsnedsatte og personene med funksjonsnedsettelse ble flyttet tilbake til sine hjemkommuner (Askheim, 2003). Normalisering har skjedd for funksjonsnedsatte i Norge oppgjennom årene. Samtidig er det i positiv atferdsstøtte sentralt at det i all plansetting og behandling vurderes hvordan ulike tiltak er med på å øke normaliseringen. Tanken er at økt normalisering vil føre til en økt livskvalitet blant personer med en funksjonsnedsettelse.

Som den tredje og muligens mest avgjørende kilden har positiv atferdsstøtte tatt inspirasjon fra anvendt atferdsanalyse. Konkret har positiv atferdsstøtte implementert strategier for atferdsendring fra anvendt atferdsanalyse. I tillegg har anvendt atferdsanalyse gitt positiv atferdsstøtte et rammeverk som er relevant for atferdsendring (Carr et al., 2002). Anvendt atferdsanalyse sentrerer rundt tanken om at atferd kan forandres når forsterkningsbetingelsene endres. Dette kan være gjennom korrigerende av uønsket atferd, belønning av positiv atferd eller andre metoder som forsterker ønsket atferd (Eknes, 2000). Det som kanskje skiller atferdsanalyse fra andre metoder, er fokuset på konkret atferd fremfor hele diagnosen. Tanken er at atferd kan korrigeres og at det vil ha en positiv effekt på den psykiske helsen. Carr (2002) hevder at positiv atferdsstøtte skiller seg fra anvendt atferdsanalyse ved å være sterkt påvirket av å gjøre forskning og behandling der pasienten er. Det vil si at pasientens hjem, enten det er i en barnebolig, voksenbolig eller ordinært hjem er der tiltakene skal gjennomføres. Denne endringen fører til at positiv atferdsstøtte

har måttet endre strategier innen vurdering, behandling og definisjonen av hva som regnes som vellykket utfall.

For å øke livskvalitet har positiv atferdsstøtte lagt vekt på å redusere uønsket atferd. Metoden har tatt i bruk ulike strategier for å gjøre dette. Individuelle vurderinger og kartlegginger av atferden er første steg. Et sentralt moment her er at positiv atferdsstøtte skal ha et livsspenn perspektiv. Vurdering og tiltak som gjøres skal ta utgangspunkt i hvordan dette påvirker hele livet til personen og ikke bare for en kort periode. I kartleggingsfasen forsøker man å finne ut hva som trigger negativ atferd. Det er da essensielt å undersøke personens nærmiljø. Kartleggingen av miljøet og triggere gjør at man har mulighet til å vurdere tiltak for å redusere den uønskede atferden. Dette kan være gjennom brukermedvirkning, minimering av stimuli eller endring av nærmiljø (McClellan & Grey, 2012). Videre er det sentralt at positiv atferd forsterkes. Dette kan være gjennom ros eller premiering. Hensikten er at systematisk ros og premiering av positiv atferd, som kommer fra personer tett på den med en funksjonsnedsettelse, vil ha en forebyggende effekt på uønsket atferd. Det er omsorgsgiverne rundt som har den viktigste rollen i positiv atferdsstøtte. Tanken er at omsorgspersonene har størst mulighet til å gjennomføre en metode med vellykt resultat, ettersom de er i mye kontakt med personen (Carr et al., 2002)

Positiv atferdsstøtte er en relativt ny metode og det følger derfor ikke mye forskning av metodens resultater. Den forskningen som er gjort er gjennomført over korte perioder med relativt få subjekter. MacDonald og McGill (2013) gjennomførte en systematisk litteraturstudie på resultatet av opplæring av ansatte innen positiv atferdsstøtte. Studien la til grunn 14 studier som viste en større følelse av mestring blant ansatte og nedgang i uønsket atferd. Det ble derimot ikke vurdert endring i livskvalitet hos subjektene. Dunlap et al. (2010) gjennomgikk 21 caser hvor positiv atferdsstøtte ble benyttet. Det ble i denne studien vurdert endring i livskvalitet og nedgang i uønsket atferd. Funnene viste en nedgang i uønsket atferd og en økning av livskvalitet. Samtidig viser Dunlap et al. (2010) til flere svakheter med studien som kan ha vært med å påvirke resultatet, men det konkluderes likevel med at det er sannsynlig at positiv atferdsstøtte har en positiv påvirkning på livskvalitet og nedgang i uønsket atferd. McClellan og Grey (2012) konkluderer med det samme som Dunlap et al. (2010) og viser til en nødvendighet av videre forskning på virkningen av positiv atferdsstøtte. Det er sentralt at positiv atferdsstøtte fortsetter å vise

gode resultater gjennom forskning, og det kan igjen utvikle kunnskapsgrunnlaget og metoden videre.

Positiv atferdsstøtte tar ikke direkte for seg psykiske vansker og psykisk helse, men gjennom metoden vises det til et mål om å øke livskvalitet. Dette viser indirekte til et ønske om at positiv atferdsstøtte skal være med på å bedre den psykiske helsen. Tiltakene i positiv atferdsstøtte retter seg ikke direkte mot psykiske vansker, men gjennom medvirkning, mental stimuli og individuell vurdering har metoden som hensikt å øke helsen, både psykisk og fysisk.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere og redegjøre for mine metodiske valg i arbeidet med prosjektet. Hensikten med dette er å gi en forståelse av hvilke vurderinger som er tatt i forskningsarbeidet. Metodearbeid er avgjørende for forskningens kvalitet og derfor en sentral del av oppgaven. Jeg vil vise hvordan metodearbeid er grunnleggende for å oppnå høy validitet innledningsvis i prosessen, samt underveis og avslutningsvis. Kapitlet vil ta for seg mine vurderinger når det kommer til metodevalg og rammeverk, intervju og intervjuguide, utvalg av informanter, analyse og forskningsetiske vurderinger.

3.1 Metodevalg og rammeverk:

Thagaard (2018) beskriver hensikten med forskningsdesign som «*prosjektets design beskriver retningslinjene for hvordan forskeren tenker seg å utføre prosjektet*» (Thagaard, 2018, p. 50). Dette innebærer å uttrykke «hva» forskningen skal rette oppmerksomheten mot, «hvem» som er aktuelle deltakere, «hvor» forskningen skal gjennomføres og «hvordan» forskningen skal gjennomføres. Hva forskningen skal rette seg mot er beskrevet i innledende kapittel. I dette kapitlet vil det beskrives hvem som er aktuelle deltagere, hvor forskningen skal gjennomføres og hvordan den skal gjennomføres.

Et godt metodevalg legger grunnlaget for god forskning og øker kvaliteten og validiteten på forskningen som gjennomføres. Arbeidet med metode er en flytende prosess og forsker må hele tiden være villig til å tilpasse metoden til forskningsspørsmålet (Tjora, 2017). I mitt prosjekt ble det valgt en kvalitativ metode med intervju som datainnsamlingskilde. Som rammeverk for å oppnå god kvalitet på forskningen benyttet jeg Malterud sin artikkel «Qualitative research: standards, challenges, and guidelines» (2001)

Et tydelig rammeverk ga meg som forsker hjelp til å holde fokus underveis i forskningsprosessen. Malterud (2001) fremhever at for å sikre forskningens nytteverdi må man gjennomgående i forskningen vurdere om det man har gjort er med på å fremme

kvaliteten til forskningen. Fokus på begreper som refleksivitet, overførbarhet og validitet er alle sentrale for å oppnå høy kvalitet på forskningen.

Ulike forfattere kan benytte ulike begreper for å beskrive samme fenomen innen kvalitativ forskning. Et eksempel på dette er hvordan tre ulike forfattere bruker tre forskjellige begreper for å beskrive forskningens evne til å ha en intern logikk slik at resultatene som kommer frem av forskningen gir mening i forhold til innholdet i forskningen. For å beskrive dette benytter Tjora (2017) «pålitelighet», Malterud (2017) benytter «validitet» og Thagaard (2018) benytter «troverdighet.» På bakgrunn av dette har det vært sentralt for meg å forholde meg til en metodeforfatter når det kommer til begrepsbruk innen kvalitativ forskning.

Malterud (2001) viser til retningslinjer for hvordan man kan sikre høy kvalitet på forskningen. Retningslinjene kommer i form av ulike spørsmål forsker kan stille seg selv slik at utført arbeid har sammenheng med forskningsspørsmålet og er med på å fremme validitet. Spørsmålene det vises til omhandler forskningsprosessen fra hensikt og refleksivitet, til metode, teoretisk rammeverk og analyse, og avslutningsvis; funn, diskusjon, presentasjon og referanser. På denne måten er man sikker på at arbeidet man utfører hele tiden er med på å belyse forskningsspørsmålet.

Retningslinjene jeg benyttet skulle være med på å sikre validiteten og overførbarheten til forskningen. I likhet med Malterud (2001) delte jeg opp validitet i intern- og ekstern validitet. Den interne validiteten så på om forskningen omhandlet det den skulle. Fokuset lå på å ha en rød tråd gjennom hele prosjektet slik at leser kunne danne en forståelse av hvordan prosjektet er gjennomført og samtidig se hvordan forsker var kommet frem til resultatet av forskningen. For å oppnå validitet har jeg gjennom prosjektet hatt fokus på å vise refleksivitet. Det har vært ønskelig at leser skulle kunne ha tillit til at min forforståelse og mine tanker har hatt minst mulig påvirkning på forskningen og resultatet. Refleksiviteten vist gjennom forskningen har hatt som mål å øke den interne validiteten til prosjektet.

For at forskningen skal være hensiktsmessig må kunnskapen som utarbeides ha nytteverdi for andre utenfor forskningsprosjektet. Ekstern validitet tar for seg i hvilke sammenhenger funnene i forskningen lar seg overføre til andre situasjoner. Ingen forskning er universelt overførbar, og det er sentralt at de som utfører forskningen ikke forsøker å overdrive

verdien av forskningen (Malterud, 2001). I dette prosjektet var det i startfasen vesentlig at forskningsspørsmålet var formulert på en slik måte at funnene forhåpentligvis kunne være til nytte for andre. Dette fulgte forskningen videre og da spesielt igjennom intervjuguiden. Spørsmålene som ble stilt skulle fremme ekstern validitet og overførbarhet. Samtidig var det en balansegang mellom det å gi intervjuobjektene frihet til å prate og det å føre dem inn på temaer som kunne fremme overførbarhet uten at forskers påvirkning ble forsterket.

Hensikten med studien var å få kunnskap om tankene ansatte på barne- og ungdomsboliger hadde om psykisk helse og psykisk utviklingshemning hos barn og unge. Denne typen forskningsspørsmål egner seg spesielt godt for kvalitativ forskning, ved at denne oftest anvendes for å skape forståelse snarere enn predikasjon, kontroll og årsaksforklaringer (Malterud, 2001). For dette studiet var målet å skape en dyptgående forståelse av hva ansatte ved barne- og ungdomsboliger selv tenker om psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning. Ved å benytte kvalitativ metode som tilnærming, var det et mål å utvikle kunnskapen rundt barn og unge med psykisk utviklingshemning videre, samt å sette søkelys på et område det kreves mer forskning innen.

Evnen til å vise refleksivitet i prosjektet har vært sentralt da min forforståelse var preget av arbeidserfaringen min. Malterud (2001) beskriver refleksivitet som evnen til å redegjøre for sin egen forforståelse av forskningstema og være klar over hvordan denne kan påvirke forskningen gjennom hele forskningsprosessen. På bakgrunn av dette har jeg gjennom hele forskningsprosessen jevnlig vurdert hvordan min forforståelse av temaet kunne påvirke forskningen. Et eksempel er at i arbeidet med intervjuguiden drøftet jeg spørsmålene mine med fagpersonell innen helse- og sosialsektoren for å få en vurdering av om spørsmålene opplevdes som ledende og eventuelt hvordan jeg kunne stille dem for å unngå at de virket ledende. Et annet eksempel er søkelyset på en strukturert gjennomgang av nåværende litteratur angående forskningsspørsmålet. På denne måten viser man refleksivitet i arbeidet med teoridelen til prosjektet og unngår at forforståelsen forårsaker en teoridel uten validitet. Forforståelse av et tema er ikke i seg selv ødeleggende for forskningen, men dersom man ikke reflekterer over, og diskuterer hvordan den kan påvirke forskningsprosessen, risikerer man at forskningen i stor grad påvirkes av forskerens egen forforståelse. Det blir da vanskelig å vurdere hvor stor påvirkning forsker har hatt på resultatet til forskningen. I stedet for å si at man kan oppnå objektivitet innen kvalitativ

forskning gjør man heller rede for hvordan forskers forforståelse kan påvirke forskningen (Malterud, 2001). Det å vise refleksivitet gir lesere et bilde i forskers tanker og vurderinger, og gir lesere sammen med forsker en mulighet til å vurdere hvilken påvirkning forskerens forforståelse har hatt på forskningens resultater.

Observasjon og intervju ble vurdert som datainnsamlingsmetode. Thagaard (2018) beskriver observasjon som godt egnet til å få informasjon om praksis i dagliglivet og intervju som godt egnet til å få kjennskap til hvordan personer forstår seg selv og sine omgivelser. Valget på intervju som datainnsamling ble gjort på bakgrunn av flere faktorer. Oppgavens begrensede omfang gjorde valg av observasjon lite aktuelt som innsamlingsmetode. Observasjon ville ikke vært mulig innenfor den gitte tidsrammen til prosjektet. Både Thagaard (2018) og Tjora (2017) viser til viktigheten av at prosjektets metode er realistisk utformet, slik at det kan gjennomføres innen gitt tidsramme og innenfor gitte ressurser. Videre ville observasjon trolig ikke belyst det temaet forskningsspørsmålet fokuserte på godt nok. Hensikten med studiet var å få frem ansattes egne tanker og deres subjektive meninger om forskningens tema. Gjennom ansattes egne tanker og synspunkter, kunne det komme frem andre momenter enn det som ville vært aktuelt under observasjon. Dette kunne være opplæring om psykisk helse, kursing innen psykisk helse, ledelsens fokus på psykisk helse eller andre momenter.

3.2 Utvalg

Intervjuobjektene til dette prosjektet ble strategisk utvalgt. Thagaard (2018) beskriver strategisk utvelgelse som at intervjuobjektene blir systematisk valgt på bakgrunn av sine kvalifikasjoner og erfaring med relevans for studien. Det ble intervjuet til sammen seks personer. For å kunne øke studien sin overførbarhet og validitet ønsket jeg å intervju personer som var tett på barn og unge med en psykisk utviklingshemning. Jeg laget meg derfor en oversikt over flere ulike kriterier som jeg tenkte kunne være relevante. Videre reflekterte jeg rundt hvilke av kriteriene som best kunne være med på å belyse problemstillingen.

I problemstillingen kom det tydelig frem at det var ansatte ved barne- og ungdomsboliger jeg skulle intervju, men denne delen av problemstillingen min var ikke sterkt med på å påvirke utvalget mitt til intervjuene. Jeg ønsket uavhengig av denne delen av problemstillingen å se på av hvem og hvor jeg kunne få de beste svarene på hvilke tanker personer som har daglig kontakt med barn og unge med en psykisk utviklingshemning har om psykisk helse blant de med en psykisk utviklingshemning. Som Malterud (2017) påpeker er arbeidet med kvalitativ forskning en levende prosess, dette gjelder også problemstillingen. Endringer kan skje underveis, men samtidig må validiteten til studiet opprettholdes.

Kriteriene jeg vurderte var alder, kjønn, utdanning, arbeidssted, stilling, arbeidserfaring og diagnose på beboerne. Som jeg beskrev ovenfor var målet å intervju et tilstrekkelig antall personer slik at problemstillingen ble bredt belyst og studiet dermed kunne nå høy validitet. Med dette som mål ble det tidlig klart for meg at det ikke var relevant å se på forskjeller mellom alder og kjønn. Fokuset til prosjektet var ikke på om det var ulike tanker blant kjønn og aldersgrupper. Samtidig var det ønskelig med en variert gruppe intervjuobjekter når det gjaldt kjønn og alder. Jeg kunne ikke se bort fra muligheten at ulike aldersgrupper og ulikt kjønn kunne gi ulike svar. Derfor la jeg opp til en variert gruppe av intervjuobjekter, men dette var ikke et kriterium i seg selv da hverken kjønn eller alder ville bli diskutert i funnene.

Neste avgjørelse var hvor intervjuene skulle gjennomføres og med hvem. Allerede tidlig i forskningsprosessen hadde jeg gjort meg opp noen tanker om hvor og med hvem jeg ville gjennomføre intervjuene. Samtidig var det viktig for meg å ta en grundig vurdering av hva som ville være mest hensiktsmessig for å belyse min problemstilling. Derfor vurderte jeg ulike steder og personer for å komme frem til det jeg mente ville gi et best mulig svar på problemstillingen. Steder som ble vurdert var skole, avlastningsbolig, fritidstilbud og barne- og ungdomsbolig. Som en forlengelse av stedene som ble vurdert ble det også vurdert ulike informanter som ledere, miljøterapeuter/sykepleiere/vernepleiere, lærere og fritidsledere. Samtidig var det et sentralt kriterium at personene og stedet som var deltakere i studien skulle arbeide med barn og unge med diagnosen psykisk utviklingshemning.

Jeg laget meg deretter en oversikt over de ulike arenaene og mulige intervjupersoner, for å sortere mine tanker og hvilke forventninger jeg hadde til hva de ulike gruppene kunne svare på. Det som avgjorde valget av sted og personer var de ansattes mulighet til å følge opp barn

og unge med en psykisk utviklingshemning gjennom hele døgnet. Dette avgrenset valget mitt til barne- og ungdomsbolig og avlastningsbolig, da hverken skole eller fritidstilbud følger opp barn og unge mer enn deler av døgnet. Jeg ønsket å intervju personer som var i kontakt med barn og unge både morgen, kveld og helg. Tanken var at de i større grad ville kunne besvare spørsmål rundt det helhetlige tilbudet som barn og unge med en psykisk utviklingshemning mottar. Videre vurderte jeg det som ønskelig at de som ble intervjuet arbeidet et sted der de hadde den daglige omsorgen for beboerne sine. Derfor ble barne- og ungdomsbolig valgt som sted for intervjuer. Den siste vurderingen om sted og personer som ble gjort, var om jeg skulle intervju ledere eller miljøterapeuter/sykepleiere/vernepleiere. Med bakgrunn i de vurderingene jeg allerede hadde gjort ønsket jeg å intervju miljøterapeuter. Det er de som har den daglige omsorgen for beboerne på barne- og ungdomsboligen og tanken var at de i større grad ville kunne svare på problemstillingen om *«Hva tenker ansatte ved barne- og ungdomsboliger skal til for at barn og unge med en psykisk utviklingshemning mottar god psykisk helsehjelp?»*.

Avslutningsvis ble kriteriene stillingsprosent, utdanning og erfaring vurdert. Som tidligere nevnt, var det ønskelig å intervju ansatte som har den daglige omsorgen for beboerne ved barne- og ungdomsboligen. Det ble derfor bestemt at et inkluderingskriterium ville være at de ansatte måtte ha en stillingsprosent på 80 % eller høyere. Stillingen måtte i tillegg bestå av både dag- og kveldsvakter. Dette ble gjort fordi de ansatte skulle ha kontakt med beboerne på ulike tider av døgnet. Det var også mer sannsynlig at ansatte som arbeidet på dagtid hadde hatt mer kontakt med samarbeidspartnere som er med på å påvirke den psykiske helsen til de med en psykisk utviklingshemning (skole, HABU, psykiatrien, o.l).

Videre baserte jeg utvelgelsen på en todeling av utdanningsbakgrunn. Jeg så ikke bestemt på hvilken utdanning intervjuobjektene hadde, men heller om utdanningen var helsefaglig rettet eller sosialfaglig rettet. Tanken var at ulike helsefaglige utdannede personer og sosialfaglige utdannede personer kunne gi ulike svar på problemstillingen og jeg valgte derfor å intervju personer fra begge disse utdanningsgrenene. Det må samtidig sies at det er sannsynlig at ulike utdanninger innen helsefag og sosialfag har ulike læringsmål og derfor også ulik kompetanse innen psykisk helse og psykisk utviklingshemning. Med bakgrunn i prosjektets omfang og fokus ble det valgt å ikke ta høyde for de ulike utdanningene innen helsefag og sosialfag, men heller samle dem til to utdanningsgrener. Erfaring ble vurdert til å

ikke være et inkluderingskriterium. Det var ønskelig at de som ble utdannet hadde en viss erfaring med arbeid på barne- og ungdomsboliger, men det var ikke et krav.

Med bakgrunn i de vurderingene som er beskrevet ovenfor ble det intervjuet til sammen seks personer. Disse seks personene var fordelt på to ulike barne- og ungdomsboliger i en stor kommune. Blant intervjuobjektene var det to sosialfaglige utdannede og fire helsefaglig utdannede. Intervjuobjektene hadde variert erfaring innen arbeid på barne- og ungdomsboliger. Det varierte fra cirka ett års erfaring til flere tiårs erfaring. Det ble intervjuet en mann og fem kvinner. Det ville vært ønskelig med en mer jevn fordeling mellom kjønnene, men tilgangen på intervjuobjekter gjorde at fordelingen ble slik.

3.3 Intervju og intervjuguide

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. Det vil si at samtalen styres både av de temaene forsker ønsker å ta opp, men også av de temaene informanten ønsker å ta opp (Thagaard, 2018). I gjennomføringen av intervjuene ble det tatt i bruk en intervjuguide som hadde klare temaer og spørsmål det var ønskelig at informanten var innom. Semistrukturerte intervjuer gir muligheten for fleksibilitet når det kommer til rekkefølge på spørsmål og det gir forsker mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål der det oppleves som hensiktsmessig for å oppnå ytterligere kunnskap om konkrete temaer. Dette gjorde at hvert intervju var ulikt, men at det samtidig var en rød tråd gjennom alle intervjuene.

Intervjuguiden ble utarbeidet for å sikre åpne spørsmål som skulle fremme nøytralitet fra forsker sin side. For å unngå at min forforståelse og mine tanker skulle påvirke intervjuene mer enn nødvendig valgte jeg å teste ut intervjuguiden min på to ulike miljøterapeuter som ikke skulle være intervjuobjekter, men som hadde erfaring fra arbeid på barne- og ungdomsbolig. De kom med innspill og bemerkninger på hva de tenkte om intervjuguiden og spørsmålene jeg hadde utarbeidet. Tanken bak dette var at dersom jeg benyttet personer med kunnskap om temaet, men som samtidig ikke hadde satt seg inn i temaet på samme måte som meg, ville jeg i større grad kunne unngå bias i datainnsamlingen.

I utarbeidelsen av intervjuguiden ved semistrukturerte intervjuer er det sentralt at man velger seg ut noen temaer man mener er sentrale, men at man samtidig holder spørsmålene åpne og man gir informanten en mulighet til å ta opp temaer vedkommende selv ønsker. I forbindelse med utarbeidelsen av intervjuguide i dette forskningsprosjektet valgte jeg noen hovedtemaer som jeg anså som sentrale i arbeidet med psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning som bor på en barne- og ungdomsbolig. Disse hovedtemaene ble valgt på bakgrunn av tidligere forskning, egen forforståelse og innspill fra miljøterapeutene som jeg testet intervjuguiden på. Tre emner utpekte seg som vesentlige i intervjuguiden; forebygging, tiltak og samarbeid. Jeg valgte å spørre om disse hovedtemaene. Det ble vurdert om man i stedet skulle kutte ut å ta opp hovedtemaene og se om intervjuobjektene nevnte disse selv, men for å sikre at intervjuobjektene var innom alle temaene valgte jeg å stille spørsmål direkte om dette. Det ble derimot ikke nevnt noe om spesifikke tiltak, samarbeid eller forebygging. Det ble intervjuobjektene selv som spesifiserte hvilke tiltak de tenkte var aktuelle eller hvordan de tenkte man kunne forebygge.

Gjennom hele prosessen med utarbeidelse av intervjuguide var det fokus på at intervjuguiden skulle underbygge forskningsspørsmålet. Dette er igjen med på å øke forskningens overførbarhet. Gjennom hele prosjektet skal det være en rød tråd der alt henger sammen med forskningsspørsmålet. Malterud (2001) viser til viktigheten av at man tidlig setter søkelys på overførbarhet. Kunnskapen som opparbeides gjennom forskning må kunne overføres til andre situasjoner. Dette har vært gjort gjennomgående i arbeidet med intervjuguiden og i gjennomføringen av intervjuene. Fokuset har gjennom hele prosessen vært at intervjuguiden skulle gjøre at svarene som kom frem i intervjuene skulle kunne ha en grad av overførbarhet og da samtidig kunne gi ny kunnskap på et område det er lite forskning på. For å oppnå overførbarhet valgte jeg å følge Kvale og Brinkmann (2015) sine retningslinjer for å utarbeide gode intervju spørsmål. Det ble lagt opp til at spørsmålene ikke skulle være ledende, men heller åpne. Videre skulle spørsmålene være tydelige og tilrettelegge for at informanten skulle snakke fritt om temaet. Oppfølgings spørsmål ble stilt der intervjuer så det som nødvendig. Samtidig ble det forsøkt å benytte aktiv lytting og stillhet for å få informanten til å utdype.

I gjennomføringen av intervjuene ble det forsøkt å følge Kvale og Brinkmann (2015) sine retningslinjer for utføring av gode intervjuer. Det var vesentlig at jeg som intervjuer hadde

gjennomført et godt forhåndsarbeid slik at intervjuene i minst mulig grad ble påvirket av min forforståelse og mine tanker. Samtidig var det viktig at jeg som forsker hadde opparbeidet meg god kunnskap om temaene vi skulle prate om slik at jeg kunne føre en opplyst samtale om saken. Kvale og Brinkmann (2015) viser til flere kvalifikasjonskriterier for intervjueren. Sentralt er det at intervjuer er kunnskapsrik, strukturert, vennlig, åpen, styrende, klar, følsom, erindrende, kritisk og tolkende. Dette er egenskaper jeg som intervjuer strebet etter å etterleve i denne studien.

3.4 Analyse

For å analysere innholdet i intervjuene er det valgt å benytte kvalitativ innholdsanalyse utarbeidet av Graneheim og Lundman (2004). Denne artikkelen fra 2004 legger grunnprinsippene for hvordan en kvalitativ innholdsanalyse skal gjennomføres, samtidig som den gir forsker alternativer når det gjelder hva analysen skal se etter for å best mulig belyse temaet. Videre har Graneheim et al. (2017) belyst utfordringer ved metoden i en artikkel fra nyere dato. Denne artikkelen har hjulpet prosjektet i å holde en rød tråd gjennom analyseringen og unngå ulike «feller» en forsker kan gå i når man anvender kvalitativ innholdsanalyse. Utfordringene kan være å holde tolkningen av teksten på et jevnt nivå. Det vil si at temaene som forsker kommer frem til i analysen skal inneholde et jevnt nivå av tolkning fra forskers side for å unngå bias i analysen av intervjuene.

Kvalitativ innholdsanalyse har en tydelig og klar fremgangsmåte når det kommer til hvordan analysen skal gjennomføres. Analysen sentreres rundt å oppdage meningsbærere i intervjuene for så å kondensere disse. Gjennom kondensering av tekst gjør det datamaterialet mer håndterlig samtidig som man opprettholder meningen i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). De kondenserte meningsbærerne blir gitt en kode for å sammenligne og tolke. Kodene er beskrivende i sin natur og ligger tett opp mot teksten uten mye tolkning. Dette anses som det manifeste innholdet i teksten. Disse kodene blir deretter tolket og man ser etter underliggende temaer som går igjen i kodene. Dette anses som det latente innholdet.

Analysen av intervjuene startet med å lese gjennom intervjuene flere ganger for at jeg skulle oppnå en helhetsfølelse. Dette gir forsker mulighet til å opparbeide seg noen tanker om innholdet i intervjuene. Deretter ble intervjuene gjennomgått for å se etter data som var relevant for problemstillingen. Rundt 2/3 deler av innholdet i intervjuene ble ansett som relevant for problemstillingen og ble overført til ett tekstdokument som da ble analyseenheten. Intervjuene ble lest igjen for å være sikker på at relevant datamateriale ikke ble utelatt fra analyseenheten. Neste prosess var å se om analyseenheten hadde noen klare innholdsområder den kunne deles inn i. Graneheim og Lundman (2004) beskriver innholdsområder som deler av teksten som omhandler det samme og som ikke skal kreve særlig tolkning. Bakgrunnen for å gjennomføre en slik inndeling er å gjøre teksten mer håndgripelig og da enklere oppdage gjennomgående temaer i teksten. I dette prosjektets analyse ble analyseenheten inndelt i to innholdsområder. Den ene delen omhandlet de ansattes konkrete erfaringer fra arbeidslivet. Her brukte de ansatte konkrete hendelser for å besvare spørsmålene. Den andre delen omhandlet generelle tanker. Disse innholdsområdene ble tydelige tidlig i prosessen og gjorde analyseenheten tydeligere.

Neste steg i analysen var å oppdage meningsbærere i innholdsområdene. Dette kunne være ord, setninger eller paragrafer som relaterte til hverandre gjennom innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Deretter ble meningsbærerne kondensert til koder. Disse kodene ble tolket for likheter og ulikheter og det ble dannet temaer og subtemaer. Temaene sin hensikt er å sammenfatte underliggende temaer som viser seg gjennom meningsbærerne. Utfra analysen ble det utarbeidet tre temaer og 11 subtemaer. Tabellen nedenfor viser de ulike temaene og subtemaene.

Sub-tema	Tema
Uttrykk for psykiske vansker Forebygging Tiltak Medisinering	Alle har individuelle behov
Å kjenne beboer Relasjoner mellom de ansatte Samarbeid med andre instanser	Relasjoner på arbeidsplassen
Skillet mellom psykiske utfordringer og atferd/diagnose Evne til å uttrykke seg Manglende fokus på psykisk helse Samarbeid	Det er utfordrende å gi god hjelp

Disse temaene gikk igjen hos de ansatte og reflekterte godt problemstillingen til prosjektet.

Arbeidet med analysen fremstilles her som en lineær prosess, men det er ikke tilfellet. Det var mye frem og tilbake mellom meningsbærere, hele intervjuer og analyseenheter for å unngå at sentrale deler av teksten ikke ble mistolket eller utelatt. Hensikten med å ha en klar fremgangsmåte i analyseprosessen er å fremme forskningens troverdighet. Ansvar for å fremlegge resultatene og analysen på en slik måte at leser opplever forskningen som troverdig ligger hos forskeren. Det skal være en rød tråd i hvordan analysen er gjennomført helt fra innledningen og frem til konklusjonen. Analysen skal ha problemstillingen i sentrum og arbeide ut fra den. Dette vil da gjøre forskningen mer troverdig. Begrepet troverdighet innen kvalitativ innholdsanalyse er et paraplybegrep og dekker flere andre begreper som er viktige, blant annet kredibilitet, pålitelighet, bekreftbarhet, overførbarhet og autentisitet (Graneheim et al., 2017).

3.5 Forskningsetiske retningslinjer

Studien fulgte retningslinjene for behandling av personopplysninger i studentprosjekter ved det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger (Universitetet Stavanger, 2019). Personopplysningene jeg mottok fra intervjuobjektene ble aidentifisert i henhold til retningslinjene. Informantene ble informert om studien i forkant av intervjuene og fikk med dette mulighet til å ta en helhetlig vurdering om de ønsket å delta eller ikke. Informasjonen de fikk omhandlet hensikten med studien, risiko og mulige gevinster. Informasjonen ble gitt skriftlig sammen med et samtykkeskjema (se vedlegg 2). Informantene hadde til enhver tid rett til å trekke seg fra studien selv om de hadde signert samtykkeskjema.

Intervjuene ble gjort med en båndopptaker. Dette var en analog båndopptaker uten noen form for sender, og lydfilene ble derfor beholdt på båndopptakeren i etterkant av intervjuene. Båndopptakeren ble låst inn i et skap hvor det ikke var andre enn forsker selv som hadde tilgang. Under transkribering lyttet forsker direkte til lydfilene fra båndopptakeren og etter bruk ble båndopptakeren igjen låst inn. Intervjuene ble lagt inn i programmet NVIVO hvor dataen ble analysert og benyttet i studien. Dataen som ble benyttet i studien ble beskyttet i henhold til retningslinjene for behandling av personopplysninger i studentprosjekter ved det helsevitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger.

Da dette prosjektet innebar å behandle personopplysninger ble det nødvendig å melde prosjektet inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) på bakgrunn av retningslinjene til Universitetet i Stavanger. Det ble søkt om godkjenning fra NSD i oktober 2019 og prosjektet fikk kort tid etter klarsignal fra NSD. Sikker behandling av personopplysninger har vært viktig gjennom hele forskningsprosjektet slik at deltakerne har kunnet være trygge på at deres personopplysninger har blitt behandlet med respekt. Alle deltakere har hatt mulighet til å kontakte meg som forsker eller veilederen min dersom de hadde noen spørsmål angående forskningen eller behandlingen av deres personopplysninger. Svært få personopplysninger ble benyttet i prosjektet. Det ble gitt en oversikt over hvor mange menn og kvinner som deltok i prosjektet uten at det ble nevnt i analysen eller diskusjonen om uttalelsene var fra en kvinne eller en mann. Den eneste personopplysningen som fikk betydning i analysen av intervjuene, var om deltakeren var helsefaglig utdannet eller sosialfaglig utdannet.

4 Funn

4.1 Alle har individuelle behov

I intervjuene fremkommer det en klar enighet blant de ansatte om at alle personer med psykisk utviklingshemning er ulike og at det er sentralt at man gjør individuelle vurderinger når man arbeider med dem. Dette gjelder i alle ledd av arbeidet, som for eksempel når man skal se etter hvordan en med en psykisk utviklingshemning gir uttrykk for psykiske vansker, når man arbeider med forebygging av psykiske vansker eller når man ser på ulike tiltak og medisinerer. Personer med en psykisk utviklingshemning gir uttrykk for psykiske vansker på ulike måter og har ulik evne til å uttrykke vansker, noe de ansatte var tydelige på. De ansatte vekslet mellom generelle tanker rundt hvordan psykiske vansker kommer til uttrykk hos de med psykisk utviklingshemning og konkrete erfaringer fra eget arbeidsliv. En ansatt ga uttrykk for denne vekslingen mellom det generelle og det erfarte:

«Det er jo litt person til person, hvor mye utviklet de er holdt jeg på å si. Sånn som her har de ikke språk. Då er det på en måte vanskelig å vite helt hva de sliter med, men de gir jo uttrykk med kroppsspråk.»

Den ansatte forklarer her at det er forskjell fra person til person og at evnenivå spiller en rolle i hvordan man kan uttrykke seg. Den ansatte arbeider med beboere uten evne til å uttrykke seg verbalt og viser til at dette kan være utfordrende. Samtidig uttrykker språkløse seg på andre måter, som for eksempel gjennom kroppsspråk. Dette kan gi de ansatte en mulighet til å identifisere beboere som har det vanskelig psykisk.

Sinne, utagering og frustrasjon var begreper som gikk igjen hos de ansatte på hvordan psykiske vansker kommer til uttrykk hos de med en psykisk utviklingshemning. En ansatt brukte to av begrepene i denne sammenheng:

«Jeg tenker litt på at det går på det at det er vanskelig å uttrykke seg, sant, å forstå hva som foregår. Min erfaring er at det ofte kommer i uttrykk gjennom sinne, aggresjon og frustrasjon på en måte så er det noe som ligger i bunn.»

Det å ha vansker for å uttrykke seg eller å forstå hva som foregår inne i kroppen, gjør at de med en psykisk utviklingshemning kan bruke selvdestruktive uttrykksformer. Den ansatte viser til at sinne, aggresjonen og frustrasjonen skjuler det som egentlig plager beboeren. Disse uttrykksformene utspilte seg ulikt hos beboerne og igjen kom unikheten frem. Noen viste til spytting som et eksempel på utagering, hos andre var det kloring og dytting som var problematisk og hos andre igjen var det utgytelse av høye lyder. Alle disse handlingene ble beskrevet som mulige tegn på psykiske vansker, de ansatte var samtidig tydelig på at det kunne være andre grunner til disse handlingene og at det var opp til de ansatte å vurdere hva som kunne være årsaken.

Når de ansatte reflekterte rundt forebygging av psykiske vansker var de like tydelige på at det var ulikheter mellom beboerne. De ga flere ulike eksempler på hvordan de arbeidet med beboerne på boligen for å forebygge psykiske vansker. Det omhandlet blant annet å senke kravene til beboerne. Dager der beboer ikke hadde det bra kunne de senke kravene slik at beboer kunne hente seg inn igjen før det eskalerte til noe mer. Andre tiltak for å forebygge var å holde fast ved rutiner. Flere av de ansatte påpekte at beboerne var opptatt av rutiner og at det hadde positiv effekt på beboerne når de holdt fast ved disse rutinene. Disse eksemplene utdyper bare det de ansatte påpekte i intervjuene om hvor forskjellige de med en psykisk utviklingshemning er og hvordan det er med på å påvirke hvordan de forebygger for psykiske vansker. Samtidig påpeker de ansatte viktigheten av å bare være der for beboer.

«Det og på en måte være der, tror jeg er noe av det viktigste. Altså du forsvinner ikke med det første.»

Sitatet viser til den kraften og ansvaret omsorgspersonene tett på de med en psykisk utviklingshemning har. Bare det å være der og være til stede for beboer kan være avgjørende. Her kan man tolke utsagnet på ulike måter, handler sitatet om fysisk tilstedeværelse eller handler det om mental tilstedeværelse. Det å bare være der kan også sees på i sammenheng av det individuelle. For noen personer med en psykisk utviklingshemning kan det være nok at du sjekker innom og gir beskjed om at du er tilgjengelig for personen, mens andre vil ha behov for at du er til stede i lengre perioder.

Individualitet var et tema også i innføringen av tiltak. Dette kom til uttrykk gjennom de ansattes konkrete erfaringer fra arbeidslivet. Flere viste til konkrete tiltak som hadde fungert for dem i arbeidet med beboerne. Eksempler på dette var ro og skjerming, i størst mulig grad opprettholde normale dager og rutiner, tilstedeværelse og trygging, og medisinerer. Ikke alle ansatte nevnte konkrete erfaringer, og noen viste til hvor forskjellig det kan være fra person til person.

«Jeg tror det viktigste er å trygge de da. At de vet at vi er der for de. Og de har jo selvfølgelig alle ulike behov, noen trenger og skjermes og noen trenger at du fysisk demper dem og holder rundt dem at de trenger og roes ned og føler en...ja, finne en trygghet med det.»

De ulike behovene styrer hvilke tiltak som igangsettes, men som i forrige sitat er fellesnevneren at man er til stede for beboeren. Her viser også den ansatte at det å være til stede for noen kan ha ulik betydning. I ene enden kan det bety å holde rundt dem og i andre enden kan det bety å skjerme dem fra andre. Dette sitatet bygger på det som er gjennomgående i intervjuene og det er at alle personer er unike og trenger oppfølging deretter, også dem med en psykisk utviklingshemning.

«Jeg har mange meninger om medisiner.»

Medisinerer var et område som var viktig for de ansatte. Beboeren skulle være i fokus og det var enighet om at det må gjøres andre tiltak i tillegg til medisinerer. Her ble det nevnt ulike tiltak som tur, samtaler og musikk. Medisinerer skulle være siste utvei.

«...men jeg tenker at vi skal prøve andre ting før medisinerer, at vi prøver andre verktøy enn å bare gå inn og medisinerer. Men når du har prøvd de

tingene, de forskjellige verktøyene, prøvd de forskjellige tingene, så er jo, hva kan man kalle det, siste utvei og medisinere da.»

Dette sitatet peker på medisinering som et verktøy som kan benyttes etter at andre verktøy er forsøkt, uten at de har fungert. Andre viser til medisin som en hjelp til å stabilisere for så å kunne arbeide med de psykiske problemene.

«Okei, en ting er dempe det verste, men så må man faktisk jobbe med det som er problemet.»

Beboer i sentrum er gjennomgående hos de ansatte når de prater om medisinering. Flere av de ansatte gir samtidig uttrykk for at de har gode erfaringer med medisiner for psykiske vansker hos beboere med en psykisk utviklingshemning. De ansatte har klare meninger om at medisiner alene ikke er en løsning på problemene, man må arbeide med den psykiske helsen i tillegg til medisinen. Dette er en parallell jobb som er like viktig som medisineringen.

4.2 Relasjoner på arbeidsplassen

Relasjonsarbeid er del av hverdagen til de ansatte ved barne- og ungdomsboliger. De har tett oppfølging av barn og unge som har sterke hjelpebehov. De ansatte forteller at dette er et arbeid som krever gode relasjoner. Disse relasjonene gjelder ikke bare til beboerne, men også blant de ansatte og med samarbeidsinstanser. En felles målsetning om å arbeide sammen for beboerens beste ble vektlagt hos de ansatte. Spesielt ble det vektlagt hvor viktig det var å kjenne beboeren. I et av intervjuet ble det snakket om hvordan relasjonsbygging påvirker de med dyp psykisk utviklingshemning i forhold til dem med lavere psykisk utviklingshemning.

«Jeg tror det påvirker på veldig lik måte. Fordi, om de ikke forstår alt, så er det veldig mye de forstår likevel, selv om det ikke kanskje er nødvendigvis språket eller. Men det å skape på en måte trygt og spesielt forutsigbart miljø ikke sant. Du vet hvor du har en annen. Det tror jeg nok kan gjøre at det blir tryggere og lettere å være med den personen.»

Relasjonsbygging var viktig for de ansatte uavhengig av evnenivå. Det å kunne skape en trygg og forutsigbar hverdag krevde at de ansatte kjente beboeren og at beboeren kjente de ansatte. Sammen kunne de skape et miljø som fremmet god psykisk helse. Et tiltak som ble tatt opp for de tilfellene når beboere kunne ha dårlige perioder var å kutte ned på antall ansatte som var med beboeren for å øke stabilitet og trygghet inne hos beboer.

«Få inn trygge personale. Du kan på en måte se hvorfor ting har eskalert i en setting når det har vært personale som ikke takler situasjonen. Så tenker jeg og minst mulig personal.»

Personal som kjenner beboer og som tørr å stå i situasjoner som er vanskelige skaper trygghet. Dette gikk igjen hos flere av de ansatte. Det å kunne stå i situasjoner over tid viser beboer at man ikke forlater dem i perioder som er vanskelige. Relasjonsbygging skjer over tid og er en prosess der begge parter er involvert. En ansatt viste til et eksempel på hvordan man kan bygge relasjon gjennom medvirkning:

«Om det eneste de kan velge i løpet av en dag er hvilken film de vil se. Så er det å lære de hvordan de kan velge film uten språk, at vi lærer dem å kjenne. Også på en måte at vi går i oss selv og tenker «hva er det jeg skal bestemme,» «hvorfor bestemmer jeg dette,» «hvem er dette viktig for, meg eller deg,» sant.»

Sitatet viser til at små variabler kan bety mye. Refleksjoner som gjøres i arbeidet kan være med på å skape en bedre hverdag for beboerne det gjelder. De svake har muligens ikke mange anledninger til medvirkning og da er det sentralt at de kan være med å velge der det er anledning for det. De ansatte var samlet i viktigheten av å bygge relasjoner med beboerne. Dette var ikke nødvendigvis gjennom språk, men gjennom tilstedeværelse og trygghet.

Det var ikke bare relasjon til beboer som var viktig i arbeidet med psykisk helse og psykiske vansker. De ansatte seg imellom var avhengig av gode relasjoner til hverandre. I en barne- og ungdomsbolig arbeider de ansatte tett og samarbeider i stor grad. Samarbeidet skjer på vakt, i møter og i teamarbeid. Noen av de ansatte hadde hovedansvar for beboerne, det vil si at de har flere oppgaver knyttet til en beboer. Noen av disse oppgavene er å ha kontakt med

samarbeidspartnere, foreldre og å utarbeide målplaner og oppfølgingsplaner. En ansatt viste til viktigheten av samarbeid med de andre ansatte i den sammenheng.

«Det er jo at primærkontaktene må ha et godt samarbeid med de andre personalet. Personalet må ikke være redde for å komme til primærkontaktene hvis det er noe. Det må være trygt å snakke sammen om det skal være behov for det. Ja, så har vi jo brukermøter der vi snakker om de som bor her. Det er også en god arena for, ja si hvis det er kommet et nytt tiltak eller noe sånt.»

Det å skape en arena for samarbeid øker muligheten for at beboerne får en best mulig hverdag. Som det blir vist til i sitatet er det sentralt at det skapes gode arenaer for samarbeid slik at man kan formidle viktig informasjon, men samtidig være åpen for diskusjon rundt tiltak som skal iverksettes. En annen ansatt viste til hvordan ansatte med ulik erfaring og ulik fartstid i yrket kan ha ulike ideer og dermed utfylle hverandre. Det var et sentralt poeng at dersom man har arbeidet i samme situasjon lenge kan man opparbeide seg «tunnelsyn» mot nye ideer og løsninger og da kan det være et poeng å få nye ansatte inn som ikke har samme «tunnelsyn».

Samarbeid er en vesentlig del av arbeidet på en barne- og ungdomsbolig. Skole, spesialisthelsetjenesten, foreldre og det kommunale veiledningsteamet er sentrale samarbeidspartnere. Det tverrfaglige samarbeidet er med på å øke livskvaliteten til beboerne. En ansatt viste til hvor viktig rollen til foreldrene er. Hun fortalte at det er jo tross alt de som ofte kjenner beboeren best da det er deres barn. De kunne ha erfaring med atferd og symptomer som boligen ikke hadde. En god relasjon og et godt samarbeid var til fordel for alle parter.

«Vi har flere tiltak da for å få den dårlige perioden til å bli en bra periode. Og da er det jo å samarbeide med foreldre, for de kjenner brukeren ekstra godt»

«Og så er det jo gjerne å innhente opplysninger fra andre arenaer som jeg snakket om tidligere, foreldre eller skole. «Har dere lagt merke til noe, har dere lagt merke til endringer». «Hva tenker du det kan være, du kjenner jo brukeren best.» Ikke sant, familien gjør jo som regel det»

Begge sitatene viser til hvor viktig det er at man har et godt samarbeid med foreldre. De ansatte har en forståelse av at det å samarbeide er essensielt i arbeidet med beboerne. Dette gjelder psykisk helse, men også på andre aspekter som somatisk helse.

Gjennom samarbeid med et kommunalt veiledningsteam har de ansatte en ekstra samarbeidspartner. Veiledningsteamet bistår de ansatte i utfordrende situasjoner med veiledning og kompetanse. De gjennomfører kurs og veiledningstimer ved behov. De ansatte beskrev samarbeidet som godt, men opplevde ikke at det var et fokus på psykisk helse der.

Relasjon er grunnsteinen i endringsarbeid fortalte den ene ansatte. Gjennom relasjon skaper man trygghet og stabilitet for beboer og ansatt. Barne- og ungdomsboligen jobber for at ansatte skal arbeide i team slik at beboerne har få folk å forholde seg til og at de ansatte virkelig kan sette seg inn i beboerens historie.

«Her på denne arbeidsplassen så jobber vi jo veldig tett i teams. Det er jo både for vår egen del at vi har brukere og ansatte rundt oss som vi kan ha tettere samarbeide med. Også selvfølgelig for brukerne at de slipper å forholde seg til så altfor mange. Men det å ha på en måte ha et godt samarbeid imellom seg. At man er oppriktig interessert i å hjelpe, at du jobber mot samme mål.»

4.3 Det er utfordrende å gi god hjelp

Utfordringer med å yte god psykisk helsehjelp til dem med en psykisk utviklingshemning kan være mange. I intervjuene kommer det frem flere momenter som gjør det utfordrende å jobbe med den psykiske helsen til de med en psykisk utviklingshemning. Utfordringene omhandler skillet mellom psykiske vansker og atferd/diagnose, manglende evne til å uttrykke seg verbalt, manglende fokus på psykisk helse og samarbeid med andre instanser. Dette var temaer som gikk igjen hos de ansatte og hvor de ga uttrykk for at dette var områder som var utfordrende.

En ansatt beskrev utfordringen med å skille mellom atferd og psykisk helse slik:

«Nei, det er kjempevanskelig. Har man den diagnosen så er det også veldig ulikt. Man kan jo ha 10 stykker med samme diagnose som er helt forskjellige ikke sant, helt ulike symptombilder. Altså det er jo også veldig vanskelig for man er jo ikke like. Det hadde jo vært så lett, har du den diagnosen så har du de utfordringene og den atferden. Så det er kjempevanskelig. Jeg tror det handler veldig mye om at du må kjenne personen veldig godt.»

Sitatet viser til hvor vanskelig det er å skille mellom psykiske vansker og utfordringer som følge av diagnosen. Det at personer med samme diagnose ikke har samme symptombilde eller atferd gjør også at det ikke kan utarbeides et fasitsvar på hvordan man håndterer alle som har samme diagnose. Det at alle beboerne på barne- og ungdomsboligene er ulike gjør arbeidet mer utfordrende og den ansatte viser til at kjennskap til beboer er sentralt for å kunne komme seg gjennom denne utfordringen. En annen ansatt viser også til hvor utfordrende det kan være å skille mellom psykisk vansker og atferd:

«Det er jo det som er veldig vanskelig og veldig vanskelig å skille og vi drøfter jo det hele tiden hvis det er noe, men da er det spesielt om vi har hatt lengre perioder med utfordrerne atferd.»

Utfordringen er der og det viser de ansatte til, men samtidig trekker de frem muligheter for å arbeide med utfordringen, gjennom drøfting blant de ansatte, dokumentering og observasjon, kursing og kompetanse. Dette er noen av de løsningene de ansatte hadde. De viser at selv om det er utfordrende så ønsker de å finne løsninger. Det er en samlet drivkraft som vektlegger problemløsning og ikke fortvilelse.

Manglende evne til å uttrykke seg verbalt gir ansatte utfordringer når det kommer til arbeidet med psykisk helse, men også når det kommer til arbeidet med beboerne generelt. Det krever at ansatte har god kjennskap til beboeren for å kunne forstå hvilke behov de har.

«Ja, for jeg tenker sånn at de ofte ikke har språk og hvis vi som personal ikke klarer å fange opp de nonverbale signalene så kan vi ikke hjelpe dem. Det er en helt spesiell måte å jobbe på når man jobber med de som ikke har

språk og ikke kan de tegn-til-tale, «hva i huleste er det disse trenger?» Det er de små variablene som kanskje utgjør.»

Det er utfordrende å fange opp de små variablene og det krever tilstedeværelse av den ansatte. De arbeider med personer som ikke evner å gi beskjed verbalt om hva som plager dem og da må de ta i bruk andre verktøy for å fange opp de psykiske vanskene. En ansatt tok opp utfordringene rundt at en barne- og ungdomsbolig har mange ansatte i både store og små stillinger. En måte man har forsøkt å løse denne utfordringen er utarbeidelsen av teams. De ansatte på de to aktuelle barne- og ungdomsboligene arbeider i teams rundt beboerne. Det vil si at de danner mindre grupper av ansatte som skal arbeide med noen få beboere. På den måten unngår de at beboerne må forholde seg til hele ansattgruppen og de kan heller ha et fåtall ansatte som følger dem opp.

Fokus var et av begrepene som gikk igjen hos de ansatte. Det ble lagt vekt på at psykisk helse ikke var et fokusområde. Flere av de ansatte påpekte at de ønsket et større fokus på psykisk helse. Dette gjaldt i flere sammenhenger som for eksempel i møte med spesialisthelsetjenesten, på personalmøter, i samarbeidssituasjoner og i utdanning. En ansatt beskrev manglende fokus på psykisk helse slik:

«At det bare er fokus på diagnose og at det ikke er fokus på psykisk helse og. Jeg tenker at vi ser på det og. Det merker jeg at, som jeg sa tidligere, at vi gjerne ikke er helt inne i den delen der da. Det tenker jeg gjerne er viktig at vi fokuserer mer på den. Det går liksom rett på atferdsbiten, «nå har han begynt med det»»

Flere av de ansatte påpekte at atferd og diagnose i noen sammenhenger kunne overskygge tanken om at det kunne være et psykisk problem. Det var samtidig en vilje til å lære om dette temaet, de hadde et ønske om å kunne mer om psykisk helse blant personer med en psykisk utviklingshemning. De ansatte beskriver kursingen som tilbys i deres kommune som svært godt, men at den kanskje kunne hatt et større fokus på psykisk helse. Inntrykket som gis av de ansatte er at dersom det settes på dagsorden av kommunen eller spesialisthelsetjenesten vil barne- og ungdomsboligene følge etter.

«Jeg tenker at vi alltid kunne hevet kompetansen på psykisk helse. Det er ingenting i veien med kursing i kommunen, vi får så mange kurs vi vil. Så det er jeg faktisk veldig imponert over... Men selvfølgelig for min egen del og gjerne for andre og så tror jeg godt vi kunne hatt litt mer info om psykisk helse.»

Alle ansatte hadde hatt om psykisk helse under utdanningen sin. Både de helsefaglige og de sosialfaglige utdanningene har fag som retter seg mot psykisk helse. Det var derimot ingen som etter det de kunne huske hadde hatt timer eller undervisning om psykisk helse blant de med en psykisk utviklingshemning. De ansatte er samlet i ønske om mer kompetanse og fokus mot psykisk helse.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten blir beskrevet som godt. De samarbeider med HAVO og HABU alt etter hvor gamle beboerne er. De ansatte forteller om årlige kontroller og tilbud om hjelp ved ønske. Samtidig beskriver de psykisk helse som et ikketema. Fem av de seks ansatte uttrykte at psykisk helse ikke hadde vært et tema i møte med spesialisthelsetjenesten. Det var fokus på uønsket atferd og hvordan jobbe med dette. De ansatte hadde tro på at dersom HABU hadde hatt større søkelys på psykisk helse ville det ført til økt fokus på psykisk helse blant de ansatte ved barne- og ungdomsboligen.

«Jeg har vært en del ganger i møte med HAVO, HABO. Jeg tror ikke det blir tatt opp en gang på de møtene, det blir mye fokus på somatiske ting og utfordrende atferd. Så jeg synes, det er ikke noe klart skille mellom utfordrende atferd og psykisk helse der.»

Dette sitat kan tolkes slik at det blir arbeidet med den psykiske helsen til beboerne som har psykiske vansker uten at de direkte fremlegger det slik. Samtidig sier den ansatte noe om at det for dem hadde vært enklere om man kunne skille mellom utfordrende atferd og psykiske vansker slik at de kan få en mer forståelse for hva beboer gjennomgår. Ingen av de ansatte hadde vært i kontakt med BUP for støtte eller kompetanseøkning angående psykisk helse blant de med en psykisk utviklingshemning.

De ansatte reflekterer i intervjuene rundt flere utfordringer angående psykisk helse blant de med en psykisk utviklingshemning, men de er samtidig løsningsorienterte i hvordan løse disse utfordringene. De kom med egne erfaringer fra barne- og ungdomsboliger og viste til

situasjoner der de tenker at psykiske vansker var en medvirkende faktor til at beboerne i perioder hadde det vanskelig. Hvordan de arbeidet med beboeren for å snu disse vanskelige periodene varierte. Alle de ansatte var tydelige på at de er der for beboeren og de hadde et genuint ønske om å hjelpe selv om utfordringene kunne være store.

5 Diskusjon

Forskningsspørsmålet i dette prosjektet omhandler ansattes tanker om hva som skal til for at barn og unge med en psykisk utviklingshemming skal motta god psykisk helsehjelp. Funnene skildret flere ulike temaer innen psykisk helsearbeid. Temaer som samarbeid, utfordringer, tiltak, forebygging og relasjoner ble alle tatt opp under intervjuene. Ansatte formidlet i stor grad en opplevelse av manglende fokus på psykisk helse. Dette gjaldt både hos barne- og ungdomsboligene, og spesialisthelsetjenesten. Det som gjorde funnet ekstra interessant var at de ansatte generelt var fornøyde med samarbeidet de hadde med spesialisthelsetjenesten og de ansatte opplevde dem som tilgjengelige og hjelpsomme. Samarbeid generelt ble ansett som sentralt blant informantene. Samarbeid mellom de ansatte, men også samarbeid med beboerne, skole, spesialisthelsetjenesten og foreldre ble vurdert som viktige faktorer i arbeidet med psykisk helse.

Flere av funnene viste til ansattes tanker om forebygging og tiltak. Gode observasjoner og god dokumentering ble ansett som sentralt i arbeidet med psykisk helse hos barn og unge med en psykisk utviklingshemming. Videre var det oppfattet som nødvendig at de ansatte var trygge på beboerne og at de arbeidet i mindre grupper. Dette kunne etter informantens skjønn være med på å trygge beboer og redusere antall personal rundt beboerne. Tanken er at dette vil ha en positiv effekt på den psykiske helsen til beboerne.

Fokus på at tiltak og forebygging skulle bli individuelt vurdert for hver enkelt beboer var noe de ansatte var opptatt av. Alle beboere er ulike og har derfor ulike behov, og dette var også ett av forholdene som gjorde at informantene opplevde arbeidet med psykisk helse så utfordrende. Selv om ulike beboere hadde samme diagnose, kunne de være svært ulike, også med tanke på behov for tiltak relatert til psykisk helse. Flere av de ansatte påpekte utfordringer med psykisk helsearbeid hos barn og unge med en psykisk utviklingshemming, som det å skille psykiske vansker fra diagnose/atferd. Ansatte opplevde at de hadde liten kompetanse på område og at det derfor ofte ble slik at atferd ble tillagt diagnosen og ikke psykiske vansker. Et eksempel en ansatt viste til var endringer i søvnmønsteret. Beboer kunne i perioder sove dårlig, men i noen tilfeller ble søvnproblemene ekstreme. Det kunne gå flere dager på rad der beboer sov mindre enn 3 timer per natt. Den ansatte hadde da mistanke om at det kunne være noe psykisk som utløste dette. Samtidig kunne det være noe

somatisk eller at endringen var en del av diagnosebilde og at det i perioder ville være større forandringer i søvn. Andre eksempler på dette var brå endringer i utagerende atferd som kloring, slag, dytting og lignende. De ansatte beskrev at det var vanlig med noe utagering og at det lå til diagnosen og atferden deres. Utfordringene kom når atferden endret seg eller økte betraktelig i volum. De ansatte beskrev en usikkerhet om hva som var bakgrunnen for endringen og ga uttrykk for at de i visse tilfeller hadde mistanke om at det var på bakgrunn av psykiske vansker.

5.1 Psykisk helse oppleves som vanskelig å vurdere

Ansatte ved barne- og ungdomsboligene opplevde utfordringer med å vurdere hva som var uttrykk for psykiske lidelser og hva som var atferd knyttet til diagnose. Det var ulike grunner til at vurderingen var utfordrende, blant annet var utfordringene knyttet til kommunikasjon, kunnskap og fokus. Selv i forskningsmiljøene er det uenigheter om hvilken atferd som er tegn på psykiske lidelser og hva av atferd som kan sees i sammenheng med diagnose eller miljø. Holden (2008) argumenterer for at det er mulig at personer med dyp eller alvorlig psykisk utviklingshemning blir feildiagnostisert. Det vises her til språk som en sentral del av diagnostiseringsverktøy. Personer med dyp eller alvorlig utviklingshemning mangler språk eller har svært begrenset språk. Dette gjør at diagnostiseringen skjer på bakgrunn av observasjoner og vurderinger fra miljøterapeuter og medisinsk personell. Her hevder Holden (2008) at flere av diagnosene kan være feilaktige og at atferden som blir vurdert til å uttrykke en psykisk lidelse egentlig omhandler miljøet rundt pasienten eller diagnosen selv. Halvorsen (2014) på sin side argumenterer for at manglende kunnskapsutvikling relatert til psykiske lidelser blant de med en psykisk utviklingshemning har gjort at psykiske vansker har blitt tillagt grunndiagnosen og ikke en psykisk lidelse, som den burde. Eksempler på dette kan blant annet være selvskadende atferd, aggressiv atferd, angstlignende atferd, tvangshandlinger og depressiv atferd.

Skifter i psykisk helse vil kunne påvirke andre enn bare beboeren. Endringene kan også negativt påvirke de andre beboerne og personalet på barne- og ungdomsboligen. De ansatte

må vie mer fokus til beboeren med psykiske vansker. Det kan bli økt uro i form av lyder og aggresjon. I tillegg kan det føre til at ansatte er mer stressede og ikke klarer å utøve arbeidet på det nivået de selv ønsker. Dette kan spesielt være en utfordring om de ansatte ikke har klare retningslinjer for hvordan de skal arbeide med den psykiske helsen til beboerne. I noen tilfeller kan dette igjen føre til psykiske vansker hos andre beboere da de ikke får nok fysisk og mental stimuli.

Videre var det manglende kunnskap om behandling og diagnostisering av personer med samtidig psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning. Dette ble det vist til i forskningen og det ble også tatt opp av de ansatte under intervjuene. Det er først de siste 30-35 årene at man har anerkjent at personer med en psykisk utviklingshemning også utvikler psykiske lidelser (Eknes, 2000) Dette har ført til at kunnskapen på temaet er relativt ny og forskningen på temaet fortsatt er under utvikling. Det kan være ulike implikasjoner av uenigheter innen forskningsmiljøet, manglende kunnskap om behandling og diagnostisering, samt få nasjonale føringer på arbeid med psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning. En av konsekvensene kan være at ansatte ikke har den nødvendige kunnskapen eller bistanden til å vurdere hvilken atferd som skal tilegnes diagnosen og hvilken atferd som skal vurderes som psykiske vansker. En annen konsekvens kan være geografiske forskjeller på vurdering, diagnostisering og behandling av psykiske lidelser blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning.

For å kunne forsøke å vurdere den psykiske helsen til barn og unge med en psykisk utviklingshemning er kommunikasjon sentralt. Dette var tema både hos forskerne og blant de ansatte. Ett av de sentrale verktøyene for å diagnostisere psykiske lidelser er gjennom samtaler med pasient. Dette gjelder også dem med psykisk utviklingshemning (Holden, 2008). Det er likevel ikke slik at alle med en psykisk utviklingshemning har språk eller evne til å forklare sine følelser. For å arbeide med den psykiske helsen til denne gruppen beskrev ansatte viktigheten av å forstå beboerens nonverbale signaler. Nonverbal kommunikasjon hjalp de ansatte til å gjøre gode observasjoner og dokumenteringer. Flere forskere (Eknes, 2000; Holden, 2008; Nylander, 2020) viser til viktigheten av observasjon og dokumentering når man skal vurdere psykiske lidelser hos personer med en psykisk utviklingshemning som i tillegg har manglende språk eller evne til å beskrive sine følelser. For å oppnå gode dokumenteringer og observasjoner kreves det et godt samarbeid mellom de ansatte, i tillegg

til en god relasjon med beboer. Dette kan være utfordrende da det på en barne- og ungdomsbolig er ansatt en del helgemedarbeidere og deltidsansatte som ikke vil ha samme mulighet til å oppnå slike relasjoner. Positiv atferdsstøtte (Carr et al., 2002) viser til viktigheten av relasjon mellom omsorgsperson og personer med en funksjonsnedsettelse for å opprettholde eller bedre livskvaliteten. Tiltaket barne- og ungdomsboligen hadde utarbeidet for å minimere dette problemet var å etablere teams slik at alle ansatte var med et begrenset antall beboere for å lære dem å kjenne bedre. Teams kan være et godt tiltak for å bedre de ansattes relasjon til beboerne og dermed øke kvaliteten på kommunikasjonen dem imellom. Dette kan igjen føre til gode dokumentasjoner og observasjoner.

Ansatte ved barne- og ungdomsboligene hadde en opplevelse av manglende kunnskap om temaet. Hverken de sosialfaglig utdannede eller helsefaglig utdannede hadde hatt om samtidig psykiske lidelser og psykisk utviklingshemning på studiet. Kunnskapen de hadde opparbeidet seg hadde vært gjennom arbeid og egenlæring. Dette kan være av særlig avgjørende betydning da personer med en psykisk utviklingshemning kan ha atypiske symptomer på psykiske lidelser. Man vet lite om hvordan psykiske lidelser kommer til uttrykk hos personer med dyp eller alvorlig psykisk utviklingshemning (Bakken, 2020b). Manglende kunnskap om temaet kan sees i sammenheng med manglende enighet i forskningsmiljøet. Det er jevnt over konsensus knyttet til forhøyet risiko for psykiske lidelser blant de med en psykisk utviklingshemning, men det er derimot ingen konsensus angående hvordan man arbeider med gruppen. Blant de med lettere psykisk utviklingshemning tenkes det at de kan behandles på lik linje med resten av befolkningen (Eknes, 2014, 2000; Holden, 2008; Nylander, 2020). De med en alvorlig eller dyp psykisk utviklingshemning vil ikke ta nytte av samme form for behandling, som for eksempel samtaleterapi. En mulighet vil kunne være nasjonale føringer for behandling av personer med samtidig psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser. Per dags dato er tilbudene til denne gruppen avhengig av geografiske forskjeller. Kunnskapen kan også variere mellom kommunene og helseregionene. Både Eknes (2014) og Bakken et al. (2018) foreslår nasjonale føringer som et eksempel på en bedring i tilbudet. Storbritannia ligger foran Norge i utviklingen av et spesialisert tilbud til personer med samtidig psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser. De har egne klinikker der ansatte er spesialisert på å tilby tjenester innen psykisk helse for personer med en psykisk utviklingshemning (Bakken et al., 2018).

Uavhengig av utfordringer knyttet til psykisk helse, var det bred enighet blant de ansatte om at personer med en psykisk utviklingshemning hadde like stor rett på helsetjenester innen psykisk helsevern som alle andre. Dette samsvarer med det norske helsevesenets strategiplan for personer med samtidig psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2015b). Tilbudet skal være like tilgjengelig for alle uavhengig av evnenivå.

5.2 Viktigheten av samarbeid og relasjon på arbeidsplass og med eksterne tjenesteytere

Ansatte beskrev samarbeid som et av de grunnleggende behovene for å kunne yte god psykisk helsehjelp. Samarbeid på en barne- og ungdomsbolig gjelder på flere ulike nivåer. Dette kan være samarbeid med andre ansatte, skole, foreldre, spesialisthelsetjenesten, ledelsen eller med beboerne på barne- og ungdomsboligen. De ansatte påpekte viktigheten av samarbeid mellom de ansatte og hvordan dette kunne føre til bedre observasjoner og dokumentering av ulike aspekter av beboernes liv. Carr et al. (2002) beskriver i positiv atferdsstøtte hvordan god dokumentering er essensielt i utarbeidelsen av planer og tiltak. Holden (2008) og Eknes (2000) beskriver også hvordan dokumentering og observasjoner er det viktigste analyseverktøyet i behandling av personer med dyp eller alvorlig psykisk utviklingshemning som samtidig har en psykisk lidelse. En ansattgruppe med godt samarbeid vil i større grad ha mulighet til å gjøre gode observasjoner og dokumenteringer. En sentral grunn til dette er tydelighet og retning. Et godt samarbeid er med på å gi klarhet i hva man arbeider mot. Det gir også ansatte mulighet til å drøfte og reflektere med hverandre når man er usikker. Barne- og ungdomsboligene som deltok i prosjektet, har forsøkt å fremme dette samarbeidet gjennom teams. For å fremme klarhet og retning kan man danne mindre grupper som er tettere på beboerne. Samtidig er det sentralt at man ikke utelukker noen fra å komme med observasjoner eller tanker. Som en ansatt sa under intervjuet, alle har ulik kompetanse og det en ikke kan, kan garantert noen andre.

Ansatte beskrev et godt samarbeid med HABU/HAVO. Det var ikke mangel på samarbeid som var utfordrende når det gjaldt psykisk helsearbeid på barne- og ungdomsboligene, men heller manglende fokus. Ansatte opplevde ikke psykisk helse som et tema i

samarbeidsmøtene med spesialisthelsetjenesten. En grunn til dette kan være mangel på kompetanse hos HAVO/HABU. Eknes (2014) argumenterer for at mangelen på kompetanse gjør at psykiske vansker ikke blir tatt tak i av spesialisthelsetjenesten. Manglende fokus på psykisk helse hos barn og unge med en psykisk utviklingshemning blant spesialisthelsetjenesten kan føre til manglende fokus på psykisk helse blant ansatte ved barne- og ungdomsboliger. Et tiltak her kan være en nasjonal kompetanseøkning hos spesialisthelsetjenesten på psykiske vansker hos barn og unge med en psykisk utviklingshemning. Bakken et al. (2018) viser til manglende nasjonale retningslinjer når det kommer til arbeid med psykisk helse og psykisk utviklingshemning som en svakhet i helsevesenet.

Samarbeid på tvers av ulike tjenester innen spesialisthelsetjenesten var noe de ansatte ikke opplevde. Ingen av de ansatte hadde opplevd at HABU/HAVO og BUP hadde noe form for samarbeid. HABU Stavanger fremmer i sin egen strategiplan at de ikke skal utvikles som et særomsorgstilbud for målgruppen, men at de skal fremme samarbeid mellom instansene, som for eksempel med BUP (Stavanger, 2016). Søndena og Skeie (2010) viser til et historisk perspektiv hvor habiliteringstjenesten har vært en parallell organisasjon til det psykiske helsevernet og kun samarbeidet i beskjeden grad. Teorien og intervjuene kan tilsi at det er slik i dag også. Eknes (2014) beskriver en spesialisthelsetjeneste innen psykisk helsevern som ikke har den kompetansen som er nødvendig for å kunne yte psykisk helsevern til personer med dyp eller alvorlig psykisk utviklingshemning. Mangelen på kompetanse og mangelen på samarbeid kan være med på å hindre godt psykisk helsevern til personer med samtidig psykisk utviklingshemning og psykiske vansker. Et godt samarbeid kan derimot være med på å øke kompetansen i flere ledd, også hos ansatte ved barne- og ungdomsboliger. Ved god opplæring innen psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning kan ansatte i større grad gjøre gode observasjoner, vurderinger og dokumentering. Dette vil igjen hjelpe spesialisthelsetjenesten til å gjennomføre utredninger og utvikle tiltak på bakgrunn av beboerens behov. Samarbeid og samhandling er sentrale føringer i norsk helsevesen, og følger av samhandlingsreformen fra 2008 (Helse og omsorgsdepartementet, 2008).

Relasjonen til beboerne er med på å øke muligheten for å plukke opp tegn på psykiske vansker, samtidig som den er med på å forebygge psykiske vansker. Ansatte beskrev god relasjon som nødvendig for å plukke opp de nonverbale tegnene. Samtidig var en god

relasjon trygghet for beboerne og trygghet var igjen med på å forebygge psykiske vansker, samt å hjelpe beboerne ut av dårlige perioder. Holden (2008) påpeker hvordan miljømessige faktorer kan være med på å styrke den psykiske helsen til personer med en psykisk utviklingshemning. Han viser videre til at man i for stor grad vurderer atferd som psykiske vansker når man i større grad kan gjennomføre små miljømessige endringer og at det i mange tilfeller vil være nok. Ansatte beskrev at i perioder med det de vurderte som dårligere psykisk helse blant beboerne, gjennomførte de tiltak som å redusere antall ansatte til dem som kjente beboer best. I tillegg skjermet de beboerne for eksterne faktorer som kunne ha negativ påvirkning på beboer. Den psykiske helsen påvirkes av mental og fysisk stimuli, og det er derfor sentralt at den tilpasses beboerne (Nylander, 2020). Ansattes fokus på mental og fysisk stimuli kan være med på å bedre den psykiske helsen til beboerne. For å gjøre dette er det nødvendig at personalet forstår beboerens behov og dette krever en viss grad av stabilitet i ansattgruppen. Bakken (2020b) fremhever trygghet som sentralt i arbeid med psykisk helse blant de med en psykisk utviklingshemning.

Samarbeid er en grunnstein i arbeidet med psykisk helse. Dette viser både forskningen på psykisk helse og psykisk utviklingshemning, og intervjuene gjort i dette prosjektet. Samarbeidet skjer på mange ulike nivåer og har påvirkning på arbeidet med psykisk helse. Det kan likevel argumenteres for at samarbeidet per dags dato ikke er på det nødvendige nivået for best mulig å kunne yte god psykisk helsehjelp til personer med samtidig psykisk utviklingshemning og psykiske vansker. Det vil derfor være essensielt at samhandling og samarbeid er et fokusområde for de ansatte ved barne- og ungdomsboliger, og spesialisthelsetjenesten. Dette kan være med på å øke kompetansen i alle ledd og vil komme beboerne til nytte. På denne måten vil ansatte få større kompetanse til å observere og dokumentere slik at det kan gjøres gode vurderinger av beboernes psykiske helse, og dermed tas en avgjørelse på om spesialisthelsetjenesten skal kontaktes.

5.3 Tilnærmingens og metodens påvirkning av arbeidet med psykisk helse

Tankene til de ansatte angående hvordan man skulle arbeide med psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning virket å være påvirket av metoden positiv atferdsstøtte. Individuell tilpasning var en grunnleggende tanke blant de ansatte. Alle vurderinger skulle gjøres på bakgrunn av individuelle vurderinger, observasjoner og dokumenteringer. Dette samsvarer godt med positiv atferdsstøttes syn på personsentrerte verdier. Individuelle planer og tiltak har vist seg å ha god effekt på utfordrende atferd. Studiene gjennomført på positiv atferdsstøtte viser gjennomgående en nedgang i utfordrende atferd (Dunlap et al., 2010; MacDonald & McGill, 2013; McClean & Grey, 2012). Samtidig har det vist seg utfordrende å måle livskvalitetsendringer ved bruk av positiv atferdsstøtte på personer med ingen eller begrenset språk. Det er likevel mulig å anta at en nedgang i utfordrende atferd kan ha en positiv effekt på den psykiske helsen. Selv om positiv atferdsstøtte har individuelle vurderinger som en grunnstein i sin metode betyr ikke det nødvendigvis at de ansatte har lært bruken av individuelle vurderinger og tilpasning gjennom metoden. Flere av helse- og sosialstudiene har brukermedvirkning og individuell plan som egne emner i studiet. Viktigheten av individuelle vurderinger er utbredt i metodearbeid generelt. Samtidig har positiv atferdsstøtte det som et gjennomgående tema i alt av vurderinger. Ikke bare skal vurderingene gjøres på bakgrunn av individets forutsetninger og behov, men også utfra individets ønsker, verdier og livskvalitet (Carr et al., 2002). Et eksempel på dette kan være medisinerer. Man kan medisinere mot ulike psykiske vansker, men medisinene kan ha store bivirkninger. Her skal man ifølge positiv atferdsstøtte ikke kun fokusere på resultatet, men helhetsbilde. Ansatte delte denne tankegangen i stor grad. Når det kom til medisinerer var det bred enighet om at andre tiltak var ønskelig før man benyttet medisiner. Samtidig var det en forståelse for at medisinerer var nødvendig i visse tilfeller. Når medisinerer var nødvendig var det sentralt for de ansatte at medisiner ikke var eneste tiltak, men kun en del av en større individuell plan.

Ansatte arbeider etter en metode som er bestemt lokalt. Kommunene er som sagt ansvarlige for å implementere en tilnærming og metode som følger norsk lov, men som det ble gjennomgått i tidligere kapittel er norsk lov generell når det kommer til hva en metode skal inneholde. Et av kravene er at metoden skal være kunnskapsbasert praksis. Det vil si at

metoden har evidensbasert forskning som viser at metoden er effektiv, samtidig som den følger norsk lov. Metoden som de ansatte ved barne- og ungdomsboligene i prosjektet benyttet, var positiv atferdsstøtte. Denne metoden tar ikke direkte for seg psykisk helse, men arbeider for å styrke livskvaliteten til personer med ulike funksjonsnedsettelse.

Det er viktig å poengtere at det er forskjell på psykisk helse og psykiske lidelser. Selv om statistikken viser at personer med en psykisk utviklingshemning har større risiko for å utvikle psykiske lidelser, betyr ikke det at alle som bor på en barne- og ungdomsbolig har en psykisk lidelse. Alle personer har imidlertid en psykisk helse og en av oppgavene til de ansatte er å opprettholde eller bedre den psykiske helsen til beboerne. Dette gjør at tilnærmingen og metoden til ansatte ved barne- og ungdomsboliger vil kunne ha påvirkning på den psykiske helsen til beboerne.

En implementering av ny metode i kommunen synes virke å ha fungert da metoden virker å ha påvirket de ansattes tankegang. Ansatte legger vekt på sentrale elementer fra positiv atferdsstøtte også i arbeidet med psykisk helse. Tiltak som gjennomføres av trygge medarbeidere som er tett på beboer samsvarer godt med positiv atferdsstøtte sine vurderinger av helsehjelp til personer med funksjonsnedsettinger. Alle tiltakene og forebyggingen som ansatte tenkte ville hjelpe beboerne til å oppnå god psykisk helse skulle gjennomføres av de ansatte ved boligene. Det ansatte hovedsakelig ønsket fra spesialisthelsetjenesten var råd og veiledning. Positiv atferdsstøtte drives med samme prinsipp. Tanken er at miljøet rundt beboer er det som er tryggest for beboer og vil da ha best resultat når tiltak gjennomføres. Tiltak på helseinstitusjoner som sykehus eller psykisk helseavdelinger vil kunne føre til negative resultater for beboerne (Carr et al., 2002).

Det at ansattes tanker er preget av metoden positiv atferdsstøtte når det gjelder psykisk helse kan være positivt. Det som da blir sentralt, er at metoden kan vise til gode resultater når det kommer til psykisk helse. Dette kan være utfordrende da det er vanskelig å vurdere hvordan en metode påvirker den psykiske helsen til personer med dyp eller alvorlig psykisk utviklingshemning som har begrenset språk. Som Holden (2008) påpeker har graden av psykisk utviklingshemning stor påvirkning på hvordan man kan arbeide med den psykiske helsen og hvordan man kan utrede og vurdere eventuelle psykiske lidelser.

Selv om positiv atferdsstøtte kan vise til positive resultater når det gjelder utfordrende atferd, kan det vurderes som nødvendig å ha ytterligere verktøy for å vurdere psykisk helse. Positiv atferdsstøtte har et generelt fokus på livskvalitet og det er naturlig å tenke at psykisk helse påvirker livskvaliteten. Samtidig har metoden ingen klare retningslinjer for vurdering eller arbeid med psykisk helse. Metoden er klar på at det skal gjøres individuelle vurderinger og utføringen av tiltakene skal skje av personalet eller pårørende tett rundt beboerne. I mange tilfeller kan det være nok å kun se på utfordrende atferd og livskvalitet uten å vurdere psykisk helse direkte, men i noen tilfeller vil det være nødvendig å vurdere beboernes psykiske helse for å vurdere utredning for psykiske lidelser eller tiltak for å bedre den psykiske helsen. Ansatte beskrev et manglende fokus fra spesialisthelsetjenesten, samt en usikkerhet rundt hvem som skulle kontaktes ved vurdering om psykiske vansker eller lidelser. I Helsedirektoratets prioriteringsveileder for habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten (2015b) kommer det frem at barn med dyp eller alvorlig psykisk utviklingshemning skal henvises til HABU eller HAVO, barn med lett eller moderat psykisk utviklingshemning skal henvises til BUP. Dette er den generelle føringen fra Helsedirektoratet, men også her legges det opp til geografiske forskjeller:

De ulike helseforetakene har ulik arbeidsfordeling mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og habilitering av barn og unge (HABU).

(Helsedirektoratet, 2015b, p. 4)

Klare rutiner og regler når det gjelder hvem som skal kontaktes ved mistanke om psykiske vansker kan være med på å styrke ansattes fokus på psykisk helse i arbeidet med beboerne. Helsedirektoratet kan her vurdere å utarbeide klare retningslinjer og veiledere slik at fordelingen av arbeidsoppgaver og ansvar blir tydeligere. Samtidig med dette tiltaket kan kursing og kompetanse blant ansatte ved barne- og ungdomsboliger vise seg å ha en effekt på ansattes evne til å vurdere atferden for å se om den kan ha sammenheng med psykiske vansker. Ansatte beskrev skille mellom hva som var psykiske vansker og hva som var atferd som utfordrende. Holden (2008), Nylander (2020) og Eknes (2000) påpeker at dette også er en utfordring for ansatte innen psykiatrien som skal vurdere om personer med en psykisk utviklingshemning har en psykisk lidelse.

Ansattes påvirkning av metode og tilnærming kan føre til geografiske forskjeller i vurderinger, tiltak og tankegang innen psykisk helsevern. Bakgrunnen til dette er som

tidligere nevnt, at kommunene selv velger metode. Bakken (2018) påpeker hvordan nasjonale føringer kan være med på å styrke tilbudet på psykisk helsevern både for barn og voksne med en psykisk utviklingshemning. Nasjonale føringer vil kunne gi et helhetlig tilbud der ansatte får tydelige føringer og retningslinjer når det kommer til arbeid med psykisk helse. Dette vil kunne gjelde i kommunene, men også hos spesialisthelsetjenestene. En samlet måte å arbeide på vil kunne gjøre at kommunene og spesialisthelsetjenestene enklere kan dele informasjon og kunnskap på tvers av grensene.

5.4 Studiens styrker og begrensninger

Dette prosjektet bygger på Malterud (2001) sitt rammeverk for utføring av kvalitativ forskning. Styrker og begrensninger av studien ble vurdert på bakgrunn av dette rammeverket. Sentrale begreper som overførbarhet og refleksivitet ble gjennomgått for å vurdere studiets validitet.

En styrke ved prosjektet har vært prosessens åpenhet. I forskningsspørsmålet, intervjuguiden og intervjuene har det vært fokus på at spørsmålene ikke skulle være førende, men heller åpne og nysgjerrige. For å vise refleksivitet i arbeidet med prosjektet har jeg som forsker vært åpen om min forforståelse og gjort proaktive vurderinger for å minimere påvirkningen denne har hatt på funnene gjort i studien. For at leser skal kunne vurdere refleksiviteten har gjennomføringen av forskningsprosessen blitt beskrevet i detalj i metoddelen av prosjektet. På denne måten har også jeg som forsker klart å holde fokuset på refleksivitet gjennom prosjektet.

Mangelen på geografisk spredning er en begrensning som kan påvirke overførbarheten til funnene gjort i studien. Dette prosjektet ble gjennomført i en kommune og som vist til tidligere vil det være forskjeller på metode, tilnærming og tilbud når det kommer til psykisk helsearbeid blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning. Dette gjør at svarene i en kommune ikke nødvendigvis er representative for andre kommuner og kan svekke overførbarheten til funnene. Samtidig er det et funn i seg selv at ansattes syn på psykisk helse virker å være påvirket av metoden barne- og ungdomsboligen arbeider etter. Dette

funnet kan legge grunnlag for nye studier som kan se på sammenhengen mellom metode og syn på psykisk helse.

Det var i tillegg manglende litteratur som rettet seg direkte mot psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning og dette kan anses å være en begrensning for funnene gjort i studien. Deler av forskning benyttet i studien rettet seg ikke mot en spesifikk aldersgruppe. Bakgrunnen for valget om å ta med denne litteraturen var mangelen på litteratur som direkte omhandlet barn og unge, og det faktum at flere av beboerne på barne- og ungdomsboliger er over 18 år. Det var nødvendig å ta med litteratur som ikke spesifiserte alder for å kunne belyse kompleksiteten av samtidig psykiske vansker og psykisk utviklingshemning godt nok.

Funnene gjort i studien har selv med mangelen på geografisk spredning, ekstern validitet. Viktigheten av at forskning kan ha nytteverdi for andre har vært sentralt og det kan vurderes at funnene gjort i denne studien kan ha nytteverdi for spesialisthelsetjenesten, ansatte ved barne- og ungdomsboliger, Helsedirektoratet og helseregionene, samt andre. Funnene samsvarte godt med tidligere forskning på temaet samtidig psykisk helse og psykisk utviklingshemning, men ga samtidig en mer dyptgående forståelse av de ansattes utfordringer og tanker knyttet til temaet. Ansatte beskrev blant annet et manglende fokus på psykisk helse. Samtidig gikk de ansatte et skritt videre og påpekte at ved økt fokus hos spesialisthelsetjenesten ville det fokuset videreføres til barne- og ungdomsboligene. Funnene gjort i prosjektet inneholder høy intern validitet da de belyser forskningsspørsmålet. Hele prosessen har hatt en rød tråd der alle deler av prosjektet har vært med på å belyse forskningsspørsmålet. Fra utarbeidelse av underkategorier av forskningsspørsmålet, til litteratursøk, intervjuguide, intervju, teoretisk rammeverk, drøfting og konklusjon.

6 Konklusjon

Prosjektet har tatt for seg hva ansatte ved barne- og ungdomsboliger tenker skal til for at barn og unge med en psykisk utviklingshemming mottar god psykisk helsehjelp. Funnene gjort i intervjuene viser at ansatte opplever et manglende fokus på psykisk helse og at deler av grunnen til dette er manglende søkelys på psykisk helse fra spesialisthelsetjenesten. Tanken er at et sterkere søkelys på psykisk helse hos HABU/HAVO vil føre til et økt fokus på psykisk helse blant ansatte ved barne- og ungdomsboliger. Manglende fokus på psykisk helse kan komme av få nasjonale føringer på arbeidet med psykisk helse blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning. Helsedirektoratet har gjort få vurderinger på fordelingen av arbeidsoppgaver mellom kommunene, HABU/HAVO og BUP. Helsedirektoratet har gitt råd om at den psykiske helsen til barn og unge med dyp eller alvorlig psykisk utviklingshemning bør behandles hos HABU/HAVO og at barn og unge med lett eller moderat psykisk utviklingshemning bør behandles hos BUP. Dette er kun råd fra Helsedirektoratet og helseregionene står fritt til å organisere seg som de ønsker. Manglende retningslinjer på hvem som skal kontaktes eller hvem som har ansvar var noe de ansatte påpekte. Nasjonale retningslinjer for kompetanse og ansvarsfordeling på barn og unge med samtidig psykisk utviklingshemning og psykisk lidelse kan være med på å bedre samarbeidet mellom de ulike helseinstitusjonene.

De ansatte hadde noen klare ideer om hvordan man kunne gjøre det lettere å arbeide med den psykiske helsen til beboerne. Disse tiltakene var trygge og mindre ansattgrupper, god kursing og kompetanse, godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og gode observasjoner og dokumenteringer. Alle disse tiltakene vil gjøre det lettere for ansatte å vurdere og arbeide med den psykiske helse til beboerne på barne- og ungdomsboligen. Ansatte ved barne- og ungdomsboliger er de som arbeider tettest med beboerne og det vil derfor være sentralt at de har kunnskap og kompetanse i å ta vurderinger angående den psykiske helsen til beboerne. For å kunne yte god psykisk helsehjelp til beboerne på barne- og ungdomsboligene vil et minimumskrav kunne være at de ansatte har klare retningslinjer for hvem de kan kontakte ved mistanke om psykiske vansker blant en av beboerne. Videre er samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og barne- og ungdomsboligene sentralt, samt samarbeidet mellom barne- og ungdomsboligene, og spesialisthelsetjenesten.

Ansattes tanker rundt hvordan man skal yte god psykisk helsehjelp til barn og unge med en psykisk utviklingshemning som bor på en barnebolig, kan vurderes å være påvirket av metoden positiv atferdsstøtte. Det er klare likheter mellom svarene til de ansatte og metoden de arbeider etter på barne- og ungdomsboligen. Metoden har sentrale elementer som kan være med på å påvirke den psykiske helsen til beboerne i positiv grad, som personsentrerte verdier og normaliseringsbevegelsen. Trygghet og miljømessige faktorer var også elementer ansatte vurderte kunne ha en påvirkning på den psykiske helsen til beboerne. De vurderte det sentralt at beboerne følte seg trygge i sine hjem og at de hadde medbestemmelsesrett der de kunne. Samtidig kan det ikke utelukkes at dette var elementer som hadde vært sentrale for de ansatte uavhengig av arbeidsmetode.

Positiv atferdsstøtte benyttes i kommunen som deltok i prosjektet. Denne metoden retter seg ikke direkte mot vurderinger av den psykiske helsen beboerne. Det kan være nødvendig med klare retningslinjer knyttet til vurdering av psykisk helse. Tallene for psykiske lidelser blant barn og unge med en psykisk utviklingshemning er betraktelig høyere enn for resten av befolkningen. Miljøterapeuter gjør mye for den psykiske helsen til beboerne, men i noen tilfeller er det nødvendig med hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Ansatte beskrev det som utfordrende å vurdere hva som omhandlet psykisk helse og hva som omhandlet diagnose eller atferd. Det er en klar svakhet i det norske helsevesenet at det ikke er utarbeidet noe spesialtilbud innen psykisk helsevern for barn og unge med en psykisk utviklingshemning. De blir henvist til det generelle psykiske helsevernet eller habiliteringstjenesten. Flere forskere på temaet psykisk helse og psykisk utviklingshemning viser til mangel på samarbeid, kompetanse og tjenestetilbud hos både HABU og BUP. Som de ansatte påpekte hadde de ikke hatt erfaringer med BUP eller noe samarbeid når det gjaldt barn og unge med samtidig psykiske vansker og psykisk utviklingshemning.

Litteraturliste

- Alper, B. S., & Haynes, R. B. (2016). EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *Evidence Based Medicine*, 21(4), 123-125. doi:10.1136/ebmed-2016-110447
- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bakken, A. (2019). *Ungdata 2019, Nasjonale resultater*. (Nova rapport 2019:9). Retrieved from <https://fagarkivet.oslomet.no/en/item/asset/dspace:15946/Ungdata-2019-Nettversjon.pdf>
- Bakken, T. L. (2020a). Sentrale begreper. In T. L. Bakken (Ed.), *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemning* (pp. 20-25). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bakken, T. L. (2020b). Særlige utfordringer. In T. L. Bakken (Ed.), *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemning* (pp. 37-42). Oslo: Universitetsforlaget
- Bakken, T. L., Evensen, O. O., Bjørgen, T. G., Nilsen, I. T., Bang, N., Pedersen, U., . . . Helterschou, S. B. (2018). Mental health services for adolescents and adults with intellectual disabilities in Norway: a descriptive study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 12(3/4), 121-134. doi:10.1108/AMHID-03-2018-0012
- Bakken, T. L., & Sageng, H. (2016). Mental Health Nursing of Adults With Intellectual Disabilities and Mental Illness: A Review of Empirical Studies 1994–2013. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 286-291. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.006>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2012). *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemning*. (Meld. St. nr: 45). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>
- Carr, E. G., Dunlap, G., Horner, R. H., Koegel, R. L., & et al. (2002). Positive behavior support: Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/218766782?accountid=136945>
- Dunlap, G., Carr, E., Homer, R., Koegel, R., Sailor, W., Clarke, S., . . . Buschbacher, P. (2010). A Descriptive, Multiyear Examination of Positive Behavior Support. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 35, 259-279. doi:10.1177/019874291003500401
- Dunlap, G., Carr, E., Horner, R., Zarccone, J., & Schwartz, I. (2008). Positive Behavior Support and Applied Behavior Analysis: A Familial Alliance. *Behavior modification*, 32, 682-698. doi:10.1177/0145445508317132
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(2), 137-143. doi:10.1080/13668250.2011.572548
- Eknes, J. (2014). Likeverdlig tilbud. *NAKU temahefte psykisk helse*, 2. Retrieved from [https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Temahefte_nr2_web\(1\).pdf](https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Temahefte_nr2_web(1).pdf)

- Eknes, J. (Ed.) (2000). *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Forfatterne og Universitetsforlaget 2000.
- Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. (2014). *Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon*. (FOR-2011-12-16-1254). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1254>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, *56*, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, *24*(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Halvorsen, M., Mathiassen, B., Sundby, J., Myrbakk, E., Brøndbo, P. H., Steinsvik, O. O., & Martinussen, M. (2014). Psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *51*(3), 210-215.
- Helse Stavanger. (2016). *Strategiplan HABU 2017-2023*. Retrieved from <https://helse-stavanger.no/seksjon/habu/Documents/Strategiplan%20HABU2023.pdf>
- Helse Vest. (2019). Habilitering og rehabilitering. Retrieved from <https://helse-vest.no/vart-oppdrag/vare-hovudoppgaver/behandling/habilitering-og-rehabilitering#habilitering>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.Meld. nr: 47). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *De regionale helseforetakene*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene/id528110/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV2011-06-24-30). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2015a). *Barn og unge med habiliteringsbehov - Veileder*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/barn-og-unge-med-habiliteringsbehov/Barn%20og%20unge%20med%20habiliteringsbehov%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/ab46edad-6c58-4c23-9115-9d77893d9cad:051362bf85ad243bdab308e68c52d3d4e1633e67/Barn%20og%20unge%20med%20habiliteringsbehov%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2015b). *Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten - Prioriteringsveileder*. Retrieved from

- <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten>
- Helsenorge. (2019). Barnebolig, sykehjem og andre botilbud. Retrieved from <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/kommunal-bolig-boliger-med-serlige-tilpasninger>
- Holden, B. (2008). *Psykiske lidelser og utviklingshemning - Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- MacDonald, A., & McGill, P. (2013). Outcomes of Staff Training in Positive Behaviour Support: A Systematic Review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25. doi:10.1007/s10882-012-9327-8
- Malt, U. (2019). ICD-10. In P. Aslaksen (Ed.), *Store medisinske leksikon*.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- McClellan, B., & Grey, I. (2012). A component analysis of positive behaviour support plans. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 221-231. doi:10.3109/13668250.2012.704981
- NAKU. (2016). *Psykiske lidelser- og/eller ruslidelser blant personer med utviklingshemning*. Retrieved from https://naku.no/sites/default/files/kba_uploads/naku_rapport_psykiske_lidelser1_2_016.pdf
- NOU1985:34. (1985). *Levekår for psykisk utviklingshemmede*. Retrieved from <https://www.ub.uio.no/fag/jus/jus/nou-er/>
- Nylander, L. (2020). Behov for behandling og friskvern. In T. L. Bakken (Ed.), *Psykiske lidelser hos voksne personer med utviklingshemning* (pp. 44-55). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pettersen, B. J., Tegnander, K., & Immonen, J. (2014). Barn og unge med utviklingshemning får også psykiske symptomer, - hva er kommunens ansvar og muligheter? *NAKU temahefte psykisk helse, 2*. Retrieved from [https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Temahefte_nr2_web\(1\).pdf](https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_Temahefte_nr2_web(1).pdf)
- Stavanger kommune. (2020). *Handlings- og økonomiplan 2020-2023 - Stavanger kommune*. Retrieved from <https://hop2020.stavanger.kommune.no/6-helse-og-velferd/#6-11-dagsenter-og-avlastning>
- Søndena, E., & Skeie, G. (2010). Psykisk helsearbeid og psykisk utviklingshemning : et viktig fordypningsemne for masterstudium i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid (trykt utg.)*. 7(2010)nr 4, 330-337.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vereenoghe, L., Flynn, S., Hastings, R. P., Adams, D., Chauhan, U., Cooper, S.-A., . . . Waite, J. (2018). Interventions for mental health problems in children and adults with severe intellectual disabilities: a systematic review. *BMJ Open*, *8*(6), e021911.
doi:10.1136/bmjopen-2018-021911
- Verdens helseorganisasjon. (2020). F70-F79 Psykisk utviklingshemning. In D. f. e-helse (Ed.), *ICD-10 - Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Innledning:	Fortelle kort om forskningen og utlevere samtykkeskjema. På samtykkeskjema vil det stå at intervjupersonen har mulighet til å trekke seg når som helst i forskningsprosessen. Spørsmål som vil stilles i innledningen: <ul style="list-style-type: none">- Hvilken profesjonsutdanning har du?
Hoveddel:	Temaer det vil snakkes om i hoveddelen: <ul style="list-style-type: none">- Psykiske problemer blant barn eller unge med en psykisk utviklingshemning- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten- Prioritering av arbeid med psykisk helse- Kompetanse- Tiltak og forebygging Ut ifra disse temaene vil følgende spørsmål bli stilt under intervjuene: <ul style="list-style-type: none">- Hvordan tenker du at psykiske vansker kommer til uttrykk hos barn og unge med en psykisk utviklingshemning?- Hvordan tenker du man kan gi god psykisk helsehjelp til barn og unge med en psykisk utviklingshemning?- Hvordan tenker du at et samarbeid med spesialisthelsetjenesten bør fungere for å ivareta den psykiske helsen til barn og unge med en psykisk utviklingshemning?- Hvordan kan arbeidsplassen legge til rette for at arbeidet med psykisk helse blir ivaretatt?- Hvilken kursing og kompetanse tenker du er nødvendig for å ivareta den psykiske helsen til barn og unge med en psykisk utviklingshemning? Dette er fem hovedspørsmål som vil bli stilt. Jeg som intervjuer vil selv vurdere nødvendigheten av oppfølgingsspørsmål. Intervjuet vil følge Kvale og Brinkmann (2015) sine retningslinjer for utføringen av et godt intervju.
Avslutning:	Intervjuer oppsummerer sammen med intervjupersonen og spør om det er noe intervjupersonen ønsker å legge til.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Ansattes opplevelse av god psykisk helsehjelp til barn og unge med en psykisk utviklingshemning?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på hvilke tanker og opplevelser ansatte ved barne- og ungdomsboliger har rundt samtidig psykiske vansker og psykisk utviklingshemning. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studiet er å bidra til økt kunnskap om hva som skal til for at ansatte på barne- og ungdomsboliger for funksjonsnedsatte skal kunne yte god psykisk helsehjelp. I dette ligger også et ønske om å finne ut hva ansatte tenker er god psykisk helsehjelp og hvordan psykiske problemer kommer til uttrykk. På bakgrunn av disse formålene er følgende problemstilling brukt i prosjektet:

«Hva opplever ansatte ved barne- og ungdomsboliger skal til for at barn og unge med en psykisk utviklingshemning mottar god psykisk helsehjelp?»

Dette forskningsprosjektet er utarbeidet i forbindelse med en mastergrads oppgave i rus- og psykisk helsearbeid.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det helsevitenskapelig fakultet ved Universitet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Prosjektansvarlig: Kolbjørn Kallesten Brønnick, kolbjorn.s.bronnick@uis.no

Student: Håkon Helgesen, hakonhelgesen@gmail.com

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Prosjektet har et strategisk utvalg av deltakere. Du er spurt om å delta på bakgrunn av en rekke kriterier. Disse kriteriene er valgt for og best belyse problemstillingen.

- Deltaker har bachelorgrad i relevant fagfelt (sykepleier, vernepleier eller en bachelor som gir stillingen miljøterapeut)
- Deltaker jobber 80 % eller mer.
- Deltaker jobber både dag og kveld.

- Deltaker jobber på en barne- og ungdomsbolig som har den daglige omsorgen for barnet eller ungdommen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som vil bli benyttet i dette prosjektet er intervju. Det skal ikke samles inn personlige data med unntak av stilling (vernepleier, sykepleier eller miljøterapeut).

Intervjuet vil kunne variere i lengde, men vil ikke vare mer enn 45 minutter. Hvis du velger å delta i prosjektet vil samtalen bli tatt opp på bånd og deretter bli transkribert. Det vil kun være prosjektansvarlig og student som har tilgang til intervjuene.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun prosjektansvarlig ved Kolbjørn Kallesten Brønnick og student ved Håkon Helgesen som vil ha tilgang på personlige opplysninger.
- Intervjuet vil bli spilt inn på en båndopptaker og deretter bli lastet opp i et kryptert område på datamaskinen ved hjelp av programmet VeraCrypt. Det krypterte område vil bli beskyttet av et passord kun student og prosjektansvarlig har tilgang til. Når lydopptakene transkriberes vil navnet ditt bli byttet ut med en kode som lagres på en navneliste som er adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2020. Alt av personopplysninger vil bli anonymisert etter prosjektslutt. Det vil si at opptak slettes og navnelisten med kodene slettes.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra det helsevitenskapelige fakultet ved Universitet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitet i Stavanger ved Kolbjørn Kallestén Brønnick, kolbjorn.s.bronnick@uis.no eller Håkon Helgesen, hakonhelgesen@gmail.com
- Vårt personvernombud ved Universitet i Stavanger kan nås på mail: personvernombud@uis.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig:

Kolbjørn Kallestén Brønnick

Student:

Håkon Helgesen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Ansattes opplevelse av god psykisk helsehjelp til barn og unge med en psykisk utviklingshemning» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.06.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)