

**«Det viktigste er at de blir sett og hørt,  
ikke å komme igjennom alle skjemaene».**

- Om behandlingsmodeller og arbeidsformer i barne- og ungdomspsykiatrien.

LINE KYSNES VENNESLAND

VEILEDER

Inger Beate Larsen

**Universitetet i Agder, 2019**

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

## Forord

Dette masterstudiet i psykisk helsearbeid har gitt meg nye perspektiver og et nytt arbeidssted i løpet av de årene som det har tatt å fullføre. Samtidig har jeg blitt opptatt av de forholdene som jeg har belyst i denne oppgaven, både gjennom studiet og gjennom min egen jobb. Forhold på systemnivå engasjerer meg og det har gitt meg stor glede å kunne se på dette i et kritisk blikk.

Først og fremst ønsker jeg å takke deltakerne i dette studiet som delte sine meninger og tanker, samt ledelsen ved det aktuelle BUP som viste interesse for studien fra starten.

Jeg ønsker å takke den alltid tålmodige og kunnskapsrike veilederen min, professor Inger Beate Larsen for alle råd og innspill underveis i prosessen. Det har vært uvurderlig å kunne spørre deg og tenke høyt sammen med deg gjennom disse månedene.

Så ønsker jeg også å takke min arbeidsgiver, Sørlandet sykehus, for å ha gitt meg rom til å fullføre denne studien. De er ikke alene om å disponere min tid, og denne studien hadde heller ikke blitt noe av dersom jeg ikke hadde hatt en heiagjeng i min mamma, Elin Vennesland, samt min alltid tålmodige mann, Bjørn Petter Vennesland Kysnes. Tusen takk.

Moisund, våren 2019

Line Kysnes Vennesland

## Sammendrag

Denne studien handler om hvilke behandlingsmodeller og arbeidsformer som preger behandlingen som gis av de ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Bakgrunnen er mange offentlige debatter om hva som preger den behandlingen som gis. Debattene går blant annet på om det er på tide med en tillitsreform istedenfor mål- og resultatmålingen vi ser gjennom New Public management (NPM) i dag, og om hvilke verdier vi skal ha i psykisk helsearbeid fremover. Hensikten har vært å undersøke hva som preger behandlingen de ansatte gir og på hvilken måte disse debattene gjør seg gjeldende i den kliniske hverdagen. Kunnskap om behandlingsmodeller og arbeidsformer har blitt synliggjort gjennom kvalitative intervjuer av ansatte i BUP.

Studiet hadde følgende forskningsspørsmål:

«På hvilken måte preger ulike behandlingsmodeller og arbeidsformer behandlingen som gis av ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien?»

Ved hjelp av systematisk tekstkondensering utkrystalliserte det seg fire ulike forhold som preget behandlingen som gis av de ansatte i BUP. To av de handler om arbeidsformer og to av disse er knyttet til to ulike behandlingsmodeller. Temaet «telle og måle», samt «relasjon og retningslinjer» er knyttet til arbeidsformer, mens «den kontekstuelle modellen» og «den medisinske modellen» begge er behandlingsmodeller.

Funnene i denne studien viser at forhold knyttet til NPM preger behandlingen og er i ferd med å overskygge arbeidet som gjøres med den enkelte pasient.

**Nøkkelord: New public management, behandlingsmodeller, retningslinjer, recovery, barne- og ungdomspsykiatri.**

## **Abstract**

This study is about what treatment models and work methods that impacts the treatment given by employees in the Norwegian child and adolescent psychiatry (CAP). The background for this is that there are many public debates about what affects the treatment that is given. The debates are among other things about if it's time to introduce a trust reform instead of the goal- and performance measurements that is brought by New Public Management (NPM) today, and what values we want to have in mental health work in the future. The purpose has been to discover what affects the treatment the employees give, and in what way some of these debates are current in the clinical everyday life. Knowledge about treatment models and work methods has been elucidated through qualitative interviews with employees in CAP.

The study had the following research question:

“In what way does different treatment models and method of work affect the treatment given by employees in the child and adolescent psychiatry?”

With help of systematic textcondensation four different conditions that affects the treatment given by employees in CAP emerged. Two of them are related to methods of work, and two of them are connected to treatment models. The theme “Counting and measurement”, and “relationship and guidelines” relates to method of work, while “the contextual model” and “the medical model” are both treatment models.

The findings in this study show that conditions related to NPM affects the treatment and are about to overshadow the work with patients.

**Keywords: New public management, treatmentmodels, guidelines, recovery, child and adolescent psychiatry.**

# **Innhold**

Sammendrag (Norsk).....	III
Sammendrag (Engelsk).....	IV
Innhold.....	V

Del 1: Teoretisk sammenbinding

Del 2: Artikkel

Del 3: Vedlegg

**Del 1:**

**Teoretisk sammenbinding**

**Line Kysnes Vennesland**

**Universitetet i Agder**

**Våren 2019**

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0.Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1.Bakgrunn .....	1
<b>2.0.Filosofisk fundament</b> .....	<b>4</b>
<b>3.0.Teoretiske perspektiver</b> .....	<b>4</b>
<b>4.0.Tidligere forskning</b> .....	<b>6</b>
<b>5.0.Kvalitativt forskningsintervju</b> .....	<b>7</b>
5.1.Semistrukturert dybdeintervju.....	10
5.2.Kontekst, rekruttering, utvalg og gjennomføring.....	11
5.3.Dataanalyse .....	12
5.4.Validitet.....	14
5.5.Metodekritikk .....	16
5.6.Etiske overveielser .....	18
<b>6.0.Oppsummering av funn</b> .....	<b>19</b>
<b>7.0.Avsluttende refleksjoner</b> .....	<b>20</b>
Litteraturliste.....	<b>21</b>

## **1.0. Introduksjon**

Denne oppgaven er utformet som en artikkel med en teoretisk sammenbinding. Artikkelen er skrevet utfra forfatterveiledningen til Tidsskrift for psykisk helsearbeid<sup>1</sup>. Den teoretiske sammenbindingen har mer utfyllende informasjon om bakgrunn, teori, prosess, metode, metodekritikk og etiske overveielser enn artikkelen tillater. Samtidig vil artikkelen ta for seg funnene og drøftingen mer omfattende enn den teoretiske sammenbindingen. For å sikre en helhet for leseren i de to ulike delene vil noe av informasjonen være fremstilt to ganger.

### **1.1. Bakgrunn, hensikt og problemstilling**

Opptappingsplanen for psykisk helse som kom i 1999 skulle være et tverrpolitisk løft for mennesker med psykisk uhelse hvor inkludering og brukermedvirkning stod sterkt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Etter åtte år med opptapping var det først og fremst de kvantitative målene om penger, aktivitet og personell som var nådd. De kvalitative målene om endrede perspektiver og verdier som ble viktige fremover var ikke nådd (Rogan, 2011).

Rett etter opptappingsplanen kom foretaksmodellen som ble innført i 2000. Den hentet sine grunnleggende ideer og prinsipper fra den markedsliberalistiske ideologien kalt New Public Management (NPM) (Karlsson, 2011). Styringsprinsippene handler om effektivisering, produksjon og sterkere økonomistyring, og det å yte helsehjelp blir omtalt som en vare som selges som et ledd i produksjon (Karlsson, 2011). NPM tar ikke hensyn til at mange velferdstjenester handler om relasjoner og mellommenneskelige forhold (Nyseter, 2017). Foretaksmodellen har også sørget for at fokuset i psykisk helsearbeid er mest på kvantitet, altså hvor mange tiltak man har i løpet av en dag, og ikke i kvaliteten på møtene mellom behandler og pasient (Karlsson, 2011).

---

<sup>1</sup> For lesbarhetens skyld er det valgt likevel å lime figurene inn i teksten og det er brukt fet skrift og kursiv i overskriftene.



BUP har også innført innsatsstyrt finansiering som gjør at antall tiltak får økonomiske konsekvenser (Magnussen, 2018). Flere fagfolk og tillitsvalgte har vært ute i media og advart mot fokuset på antall tiltak og rapportering, blant annet i BUP (Gullestad, 2014). Den enkelte behandler styres ikke bare av egen kunnskap og møte med det andre mennesket, men også av systemer for kvalitetssikring og sentrale føringer (Ulland & Bertelsen, 2010). Sondre Liverød (2019a) reflekterer rundt dette slik:

Hvert gang det skjer en liten glipp, lager systemet nye prosedyrer som alle skal følge for å unngå at det skal skje noe galt igjen. Mengden prosedyrer og krav øker for hver dag, og systemet vil at alt skal bli så effektivt som mulig, og de tror at det målet oppnås ved å detaljstyre arbeidstakerne. Det som i realiteten skjer er at vi som jobber klinisk ikke har tid til å bli kjent med de menneskene vi skal møte fordi vi er pålagt å stille hundrevis av spørsmål, fylle ut skjemaer, dokumentere at vi har stilt de rette spørsmålene, og deretter lage behandlingsplaner, sørge for å informere samarbeidspartnere, utnevne en koordinator som skal påse at alle prosedyrene opprettholdes, fullføres og dokumenteres etter standarden som står i EKWeb<sup>2</sup>. Systemet er livredd for feil, og enhver hendelse som ikke er etter boka må elimineres med kontroll og enda flere prosedyrer og pålegg.

Hertz (2011) peker på at det er stort fokus på mål og resultatorientering i barne- og ungdomspsykiatrien i Danmark. Han mener at bruk av redskaper og verktøy med ønske om et produkt kan sette refleksjonene og prosessene i fare ved at effektfokuset kan gi en illusjon av at det er mulig å hoppe over refleksjonene (Hertz, 2011). Flere og flere har derfor tatt til orde for nye styringsformer som tar hensyn til faglig kompetanse og må være basert på tillit (Nyseter, 2017).

I regjeringens strategi for psykisk helse «Mestre hele livet» kan man lese om hvordan fysisk aktivitet, deltakelse i samfunnet gjennom jobb eller skole, forebygging av ensomhet og gode botilbud skal være med å bygge en god psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

---

<sup>2</sup> EK Web er Sørlandet sykehus sitt intranett med retningslinjer og prosedyrer.

Man anerkjenner i stor grad at dette er viktige forhold som gir mennesker et bedre liv, samtidig som man peker på samarbeidet mellom kommuner og BUP som en nøkkelutfordring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det føles noe motsetningsfylt når det samme dokumentet også skriver følgende: «Viktige spørsmål knytter seg til oppgavefordeling mellom BUP og kommuner og prioriteringsutfordringer i BUP. Disse prioriteringsutfordringene dreier seg blant annet om i hvilken grad BUP skal prioritere å arbeide inn mot skoler og andre kommunale arenaer, veid opp mot arbeid med de sykeste som trenger mer intensiv innsats, og henviste pasienter/ventelistepasienter generelt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 51).

Recovery har kommet mer og mer på dagsorden i norsk helsepolitikk og brukerorganisasjoner, samt fagmiljøer. Recovery er ikke en behandlingsideologi, og handler om bedringsprosesser knyttet til hvordan livet kan bli bedre selv om man sliter med psykisk helse eller rus (Biong & Borg, 2016). Recovery fremhever menneskers hverdag og livssituasjon og setter søkelys på at helheten er viktig for «å komme seg» (Biong & Borg, 2016). Aarre (2018) mener at norske helsemyndigheter sender motstridende signaler når man i veiledere signaliserer økt bruk av recovery samtidig som man fremhever den medisinske modellen som fokuserer på medisiner, diagnoser og standardiserte kartleggingsverktøy. Sondre Liverød (2019b) er en av de som påpeker at de ny innførte pakkeforløpene er i direkte motsetning til recovery. Pakkeforløpene ble først innført i somatikken og har nå blitt innført i psykisk helse i spesialisthelsetjenesten. Pakkeforløpene passer rett inn i den medisinske modellen, mens recovery har sitt fotfeste i den kontekstuelle modellen som har sitt fokus på omstendighetene rundt pasienten (Aarre, 2018).

Rogan (2011) mener vi nå befinner oss i et paradigmeskifte innen psykisk helsearbeid hvor man blant annet krever at fokuset endres fra kvantitet til kvalitet, fra sykdom til mestring og fra fragmenter til samarbeid og helhet.

Det har skjedd mye i psykisk helsefeltet siden opptrappingsplanen, og det er mange forskjellige tanker knyttet til veivalg videre. Det er også ulike meninger på hva som preger arbeidshverdagen til de ansatte i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse-feltet. Er det kvantitet eller kvalitet

som blir verdsatt? Er det relasjoner eller diagnoser som er fokuset? Mitt utgangspunkt var å finne ut av hvilke arbeidsmetoder og behandlingsmodeller som preger behandlingen som gis av de ansatte på BUP. På denne måten vil jeg kunne få et innblikk i hva de ansatte selv mener om hvilken retning psykisk helsearbeid burde ha fremover. På bakgrunn av dette har studiet fått følgende problemstilling:

«På hvilken måte preger ulike behandlingsmodeller og arbeidsformer behandlingen som gis av ansatte i BUP?»

## **2.0. Filosofisk fundament**

Det filosofiske fundamentet for studien er kritisk teori. Jürgen Habermas (2003) peker på at tilgang til fakta kun gis gjennom å søke forståelse, ikke gjennom observasjon. Han fremhever at mennesket må forstås som en del av et sosialt samfunn, og kritisk teori handler om selvrefleksjon (Habermas, 2003).

Habermas (Williams & Popay, 2001) har også i et samfunnsteoretisk perspektiv forklart samfunnsforhold utfra to ulike verdener: systemverden og livsverden. Systemverdenen har fokus på produksjon hvor makt og penger dominerer, mens livsverden er opptatt av kommunikasjon og kultur. Disse verdenene eksisterer sammen, men systemverdenen kan overskygge livsverdenen (Williams & Popay, 2001). I lys av denne studien vil man kunne se systemverdenen som staten og helseforetakene og livsverden er der den enkelte terapeut befinner seg i det kliniske møte med sin pasient. Noe av hensikten med studiet blir derfor også å undersøke i hvilken grad systemet og kravene til formaliteter berører og påvirker behandlingen av ungdommene.

## **3.0. Teoretiske perspektiver**

Mens den medisinske modellen har fokus på medisiner, diagnoser og standardiserte kartleggingsverktøy har den kontekstuelle fokus på mennesket og brukerstemmen, samt de faktorene rundt mennesket som påvirker vår psykiske helse (Aarre, 2010).

Den medisinske modellen har også tydelig individfokus og peker på at årsakene ligger hos individet, mens den kontekstuelle modellen er rettet mot omstendighetene rundt plagene og hva som opprettholder dem (Arre, 2018). Mange vil mene at de to modellene ikke står i motsetning til hverandre og at det nettopp er derfor at man kan finne oppfordringer til begge perspektiver i ulike statlige dokumenter (Aarre, 2018). Aarre (2018) mener derimot at individuelle bedringsprosesser og diagnoser er motsetninger til hverandre og at man står i en spagat når man prøver å behandle etter både den medisinske og den kontekstuelle modellen. Aarre (2010) er likevel også tydelig på at man trenger det medisinske perspektivet i arbeidet med psykisk helse, men at det ikke bør dominere slik det gjør i dagens system.

Et fokus på sykdom har også inntatt barne- og ungdomspsykiatrien og diagnoser har blitt en del av det alminnelige hverdagspråket (Hertz, 2011). BUP har også et system som gjør at behandlere noen ganger kan komme i situasjoner som setter dem i et dilemma der det står mellom å følge systemet og krav til diagnoser etter et visst antall treff med pasienten, veid opp mot å utforske andre forståelser av den psykiske helsen uten å være primært opptatt av diagnostisering (Ulland & Bertelsen, 2010).

Psykisk helsefeltet i Norge styres av et språk som regner psykiske vansker som sykdom og at eksperten skal gjøre den syke frisk (Karlsson, 2011). Dette ekspertvelde kan sees på som en del av problemet i psykisk helsefeltet fordi behandleren opptrer som ekspert og ikke som en veileder som støtter utviklingen på pasientens egne premisser (Aarre, 2018). Liverød (2019b) er en av de som mener at en spesialist i psykisk helsearbeid er en generalist. Mennesket er komplekst og for å skape endringer må man se helheten og ha en bredde i intervensjonene (Liverød, 2019b).

Alain Topor (2014) tar til orde for at bedring ikke bare skyldes den profesjonaliserte innsatsen, medisiner og psykoterapi. Han har sett på hva som skaper bedringsprosesser hos mennesker og funnet at blant annet relasjonen til hjelperen er viktig (Topor, 2014). Det at hjelperen avviker fra rutiner, er der for deg uansett hva, tar initiativ til kontakt og god personkjemi er viktige forhold ved bedringsprosessene til mange som sliter (Topor, 2014). Tryggheten som skapes i relasjoner

til andre skaper ikke bare rom for endring, men også større muligheter for å dra nytte av den fagkunnskapen som stilles til rådighet (Talseth og Godager, 2016).

I tillegg til at relasjonen til behandler kan medvirke i bedringsprosessen er relasjonen til venner og familie også viktig (Topor, 2015). Derfor er det også vesentlig at man i tillegg til å bygge en relasjon til sin pasient også kjenner pasienten sitt nettverk, og at samspillet med pasientenes livsarenaer som skole, familie og fritid er en viktig del av behandlingen (Kjøstvedt, 2015). Det sosiale livet er også en viktig del av bedringsprosessen hos et menneske (Topor, 2006).

#### **4.0. Tidligere forskning**

Jeg brukte mye tid på å søke etter forskning som belyser temaet som omhandler New public management. Jeg brukte Oria (bibliotekets egen søkemonitor), Google scholar, ClinicalKey og Psyk info (ovid). Søk på mental health og new public management fikk jeg 316 241 treff. Da jeg skrenket det inn til mental health worker og NPM gav det 5860 treff. Jeg fant kun en studie som direkte omhandlet NPM i barne- og ungdomspsykiatrien.

Liff og Andersson (2011) har intervjuet 62 ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien (døgnpost) i Sverige og observert de også i jobbsituasjoner for å se hvordan NPM kommer i konflikt med behandlingen som gis. De fant ingen bevis for at NPM kommer i konflikt med behandlingen. Deltakerne kunne også lettere akseptere endringer i arbeidsmetoder med argumentasjonen om at man må spare på ressursene, enn at man skulle sikre en lik behandling til pasientene Liff og Andersson, 2011). Dette var overraskende fordi man trodde at de ansatte skulle bry seg mer om tankegangen om at pasientene fikk en lik behandling mer enn at man måtte tenke økonomisk og spare penger.

Søkene viste fort at NPM sin inntreden i psykisk helse ikke kan sammenlignes helt med hvordan det har vært i Norge. Connolly og Jones (2003) sin studie fra Wales viser at utviklingen har gått lenger der, hvor lederne innen psykisk helse i stor grad har en mer økonomisk og administrativ

bakgrunn og dette ble verdsatt hos den enkelte leder som viktigere enn faglig bakgrunn fra psykisk helse.

Andersen og Ness (2015) har sett på arbeidsglede hos ansatte i kommunalt psykisk helsearbeid og funnet at forhold knyttet til NPM kan påvirke fremtidshåpet og arbeidsgleden til de ansatte.

Jeg leste ganske tidlig om en studie gjennom Trond Aarre (2018) sin bok som henviser til en studie som omhandler vendepunkt og bedringsprosesser som var relevant for meg. Ragnfrid Kogstad (2004) har studert beskrivelser fra over 500 personer som alle er medlem i Mental Helse Norge på hva som er deres vendepunkt i bedringsprosessen. Resultatene viser at det å finne mening, få hjelp til sosialt samvær og arbeid, og få lov å fortelle sin historie var viktig. Kun 12 av 300 positive vendepunkt handlet om medisiner (Kogstad, 2004).

Kogstad (2004) spør utfra sine funn om hjelpeapparatet har rom for den subjektive opplevelsen, de langsomme prosessene og tiltak som tar utgangspunkt i etikk og menneskelighet og ikke bare at de gir raske resultater. Hun peker på at ikke alle resultater kan måles og at hennes funn knyttet til hva som er viktig for mennesker går i retning av ikke-målbare resultater som håp, tillit og glede (Kogstad, 2004).

## **5.0. Kvalitativt forskningsintervju**

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forsøke å forstå verden fra intervjupersonens synsvinkel gjennom å søke folks erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Siden mitt utgangspunkt var å søke de ansatte sitt eget syn på hvilken måte ulike behandlingsmodeller og arbeidsformer preger de i deres behandling av barn og unge, var kvalitativt forskningsintervju det beste valget. På den måten ville jeg få deres egne refleksjoner rundt dette. Jeg ønsket at intervjupersonene skulle kunne være mest mulig ærlig og åpne i sine svar, samt føle seg trygg på at informasjonen de gav ikke kunne spores tilbake til dem. Da

vurderte jeg at denne metoden egnet seg bedre enn for eksempel et fokusgruppeintervju hvor deltakerne ville vært samlet og høre hverandres svar. Dette ville kunne føles utrygt for noen.

Creswell (2014) summerer opp 8 ulike kjennetegn på det kvalitative forskningsintervjuet som jeg ønsker å gå igjennom her:

### *1. Naturlige omgivelser*

Det er ofte et poeng å samle inn data på det stedet hvor de som skal intervjues befinner seg (Creswell, 2014). I mitt tilfelle ble intervjuene utført på de enkelte sine kontorer og tanken bak det var at de skulle være så påkoblet det jeg ville snakke med dem om som mulig. Det var også ønskelig at de befant seg i et trygt og kjent miljø for å legge til rette for en god samtale.

### *2. Forskeren som nøkkelinstrument*

I kvalitativ metode er forskeren selv en del av prosessen (Creswell, 2014). Jeg har som forsker vært med å påvirke prosessen fra start til slutt. Jeg har utformet intervjuguiden, jeg har valgt hvilke oppfølgingsspørsmål jeg skal stille, jeg styrte hvilke tema vi var innom, jeg har analysert intervjuene og jeg har valgt ut funnene. På denne måten har jeg påvirket retningen frem til det ferdige produktet. Kvale og Brinkmann (2015) betegner forskeren som enten en gruvearbeider leter frem informasjonen sin nøytralt og uavhengig av analysen som kommer senere, eller som en reisende som ser de to i sammenheng og er underveis ute etter en historie man kan fortelle fra sin reise. Jeg vil betegne meg som den reisende da jeg under intervjuene tenkte på ting som ble sagt og hvordan det ville bli videre i analyseprosessen. Jeg har troen på det hele som en prosess som henger sammen hvor full nøytralitet og skille mellom de ulike delene er vanskelig. Min mening er at det hele flyter i hverandre og skaper en dynamisk helhet som gjør at du hele tiden befinner deg i en prosess uten helt tydelige grenser.

### *3. Flere kilder*

Det er ofte brukt ulike kilder for datainnsamling innen kvalitativ forskning (Creswell, 2014). I mitt tilfelle kunne jeg benyttet observasjoner av samtaler med pasienter eller av personalmøter for å få et mer helhetlig blikk enn kun gjennom intervjuer. Dette også for å se om det var slik de sa at det var. Habermas (2003) er imidlertid tydelig på at innen kritisk teori er man først og fremst ute etter selvrefleksjonen, ikke observasjonene. Jeg valgte derfor å kun bruke semistrukturert intervju.

### *4. Induktiv og deduktiv datanalyse*

I kvalitativ analyse kan man induktivt bygge opp tema og kategorier, for deretter å ha en deduktiv prosess ved å sjekke de ut med mer teori og fakta (Creswell, 2014) (se detaljert beskrivelse av analysen i kapittel 5.3.).

### *5. Deltakernes meninger*

Hele poenget med kvalitativ metode er å søke hva deltakerne mener og holde forskerens meninger utenfor (Creswell, 2014) (se beskrivelse av dette i kapittel 5.4).

### *6. Fremvoksende design*

Prosessen i kvalitativ metode er ikke absolutt og den beveger seg dynamisk i løpet av hele forskningsløpet hvor deler kan endres underveis (Creswell, 2014). For min del har forskningsspørsmålet mitt endret seg etter at intervjuene var gjennomført og jeg oppdaget at det ikke bare var behandlingsmodeller jeg hadde fått data om, men også arbeidsmetoder. Det er viktig å utvikle prosjektet underveis og det er ikke et mål å holde fast ved den opprinnelige formuleringen (Malterud, 2017). Jeg valgte derfor å endre det opprinnelige forskningsspørsmålet.



## 7. *Refleksivitet*

Forskeren kan forme hvilken vei studiet går og dens bakgrunn, erfaringer og kultur blir derfor viktig å reflektere over underveis i studiet (Creswell, 2014) (se detaljert beskrivelse i punkt 5.4.).

## 8. *Helhetlig bilde*

Hovedpoenget til kvalitativ metode er å skape et helhetlig bilde av det man undersøker (Creswell, 2014). I denne studien har dette vært viktig og jeg har vært opptatt av å løfte det den enkelte har fortalt til et systemnivå. Resultatet har blitt en helhet som knytter sammen det den enkelte behandler formidler utfra sin livsverden med en større debatt om retningen i psykisk helsearbeid.

### **5.1. Semistrukturert dybdeintervju**

Et forskningsintervju går dypere enn hverdagssamtalene, har en viss struktur og hensikt hvor målet er å hente inn beskrivelser knyttet til intervjuobjektets livsverden og deretter fortolke betydningen av det som er sagt (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden min hadde et åpent hovedspørsmål som utgangspunkt som spurte deltakerne hvordan de jobber med barn og unges psykiske helse (vedlegg 3). Jeg hadde forberedt spørsmål på ulike tema jeg ønsket å høre deltakernes meninger om dersom de ikke berørte dette på egenhånd. Når formålet er å få vite noe vi ikke visste fra før er det viktig å ikke følge intervjuguiden slavisk, men bidra til å åpne opp for nye spørsmål underveis i samtalen (Malterud, 2017).

Kunnskapen som kommer ut av et intervju er avhengig av relasjonen mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet, samt evnen til å skape et rom hvor det er trygt å snakke (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg bestemte meg for at jeg skulle nikke og fremstå støttende uansett om jeg var enig i det de sa eller ei, for å bekrefte at jeg fulgte med og forsto. Jeg synes det er viktig å gi respons når folk snakker og være en aktiv lytter samtidig som man setter egne meninger til side. Det var utfordrende å gi respons uten å si noe meningsbærende, og å utforske uten å dømme. Jeg

forsøkte å være åpen og stille spørsmål for å gi grunnlag for å forstå det deltakeren ville formidle. Dette innebar også å sikre at vi hadde en felles forståelse i hva som faktisk ble sagt.

Et mål med intervjuet er at det skal gi en konstruktiv erfaring både for den som intervjuer, men også for den som blir intervjuet (Malterud, 2017). Jeg fikk tilbakemelding i etterkant av intervjuene fra flere av deltakerne at de synes det var nyttig å løfte blikket og reflektere rundt spørsmålene jeg stilte. En av dem foreslo også at de spørsmålene jeg stilte burde danne et grunnlag for drøfting og refleksjoner i et personalmøte. Det tolker jeg som at intervjuet var med å danne en prosess ikke bare hos meg, men hos deltakeren også.

## **5.2. Kontekst, rekruttering, utvalg og gjennomføring**

Etter at godkjenning fra fakultetets etiske komité (FEK) (vedlegg 4), norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg 5) og sykehusforetaket<sup>3</sup> var på plass sendte jeg ut en e-post hvor jeg forklarte hva jeg ønsket og hvordan man kunne ta kontakt med meg for å bli intervjuet til to av avdelingslederne på to ulike poliklinikker (vedlegg 2). Da den som godkjente prosjektet på vegne av sykehusforetaket var leder i BUP hadde jeg automatisk tilgang til å intervju de ansatte. Jeg ba de to avdelingslederne videresende det til sine ansatte sammen med det informerte samtykket (vedlegg 1) med informasjon om at leder i BUP har godkjent prosjektet og intervju av de ansatte.

Da jeg hadde gjennomført mitt første intervju hadde jeg enda ikke fått flere deltakere som meldte seg. Jeg sendte derfor en ny e-post til de to lederne og ba de sende ut på nytt om det var noen som kunne tenke seg å delta. Da dette ikke lyktes måtte jeg ta en avgjørelse på å utvide forespørselen til en tredje poliklinikk. Lederen på dette stedet sendte meg en liste på fire navn som var samlet inn i et felles møte. Disse intervjuene ble raskt gjennomført hvorav tre av de på samme dag. Intervjuene var over i midten av desember 2018 og varte mellom 30-45 minutter.

---

<sup>3</sup> Ikke vedlagt av hensyn til anonymisering av deltakerne

For å få en spredning i utdanningsbakgrunn, men samme utdanningsnivå ble det bedt om at de som ble intervjuet hadde bachelorgrad, samt videreutdanning innen psykisk helse eller rusarbeid. Leger og psykologer er derfor ikke med i utvalget. Deltakerne representerte en bredde i arbeidslengde i BUP fra noen få år til flere år. Alle deltakerne er kvinner og i alderen fra 35 til 65 år.

Intervjuene ble utført på den enkelte sitt kontor. Intervjuet ble tatt opp på lydopptaker. Før lydopptakeren ble startet gikk jeg igjennom problemstilling og hensikt med prosjektet og alle signerte samtykkeerklæringen som de leste og jeg gav en muntlig gjengivelse av. Under intervjuet ba jeg deltakerne utdype utsagn de kom med underveis for å sikre at vi hadde lik forståelse av det som ble sagt. Jeg avsluttet også hvert eneste intervju med spørsmål om det var noe mer de ønsket å si knyttet til det vi hadde snakket om.

I starten av transkriberingen valgte jeg å ta med alle lyder fra meg selv og deltakeren, men jeg forsto raskt at man kan bevare meningen uten å ta med alle anerkjennende lyder. Malterud (2017) påpeker at det viktigste med transkriberingen er at den er lojal mot det opprinnelige materialet og at man ivaretar meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte. Transkripsjon er en del av den analytiske prosessen og gir forskeren et nytt møte med det som ble sagt under intervjuet (Malterud, 2017). Jeg fant at det var svært nyttig å føre intervjuene i pennen på denne måten fordi jeg også underveis fikk en ny gjennomgang av hva vi hadde snakket om og fange opp nyansene i det som ble sagt på en annen måte enn i situasjonen.

### **5.3. Datanalyse**

Jeg valgte å bruke elementer fra Malterud (2017) analysemetode - systematisk tekstkondensering (STC). Grunnen til dette var at den er systematisk og godt forklart, samt at den passer bra for nybegynnere. Denne tverrgående tematiske analysen foregår i fire trinn som jeg nå vil gjengi her. Jeg har også laget en egen figur for å illustrere analyseprosessen.

### *1. Danne et helhetsinntrykk*

Det første punktet handler om å lese gjennom intervjuene uten å tenke for mye på videre behandling av materialet. Dette skal hjelpe til å danne et helhetsinntrykk av hvilke funn du har i intervjuene. Slik Malterud (2017) påpeker kan man gjøre notater underveis i lesingen noe jeg valgte å gjøre. Dette klargjorde hva intervjuet handlet om. Jeg noterte ett ord for hvert avsnitt som oppsummerte hva jeg umiddelbart tenkte at dette avsnittet handlet om uten å gå noe mer inn i det. Deretter leste jeg igjennom på nytt for å se om ordene hadde noe felles og om jeg oppdaget gjennomgående tema. Jeg valgte meg da ut fire foreløpige temaer. Disse temaene markerte jeg i intervjuene i fargene tilhørende hvert enkelt tema. Rød stod for «systemet har krav», grønn for «livene deres leves ikke på BUP», blå for «det å møte den andre» og gul for «sykehus» (se øverst på figur 1).

### *2. Sortere inn i foreløpige tema*

Da det var gjort klippet jeg ut de ulike fargene fra hvert intervju og limte de inn i hver sitt dokument fordelt på kategori. I denne fasen fant jeg ut at flere av de jeg hadde markert i en farge egentlig hørte til i en annen kategori, og noen måtte deles opp fordi den bestod av flere kategorier enn jeg først hadde sett. Deretter kikket jeg over temaene og så at funnene i mengde var noe ujevnt fordelt. Kategoriene syntes å svare på problemstillingen og hadde nok innhold slik at jeg valgte å beholde dem.

### *3. Subgrupper og gullsitat*

I dette trinnet dannet jeg subgrupper slik trinn 2 i figur 1 viser. Hver kategori fikk to subgrupper hver. Jeg valgte å ikke kondensere teksten slik Malterud (2017) sin STC-modell ønsker. I stedet for å velge et konstruert gullsitat valgte jeg et ekte sitat som jeg satt øverst på hver subkategori. Tanken med gullsitatet var slik Malterud også bruker det, at det skal oppsummere meningen i hver subkategori (Malterud, 2017). For å sortere det systematisk lagde jeg nye

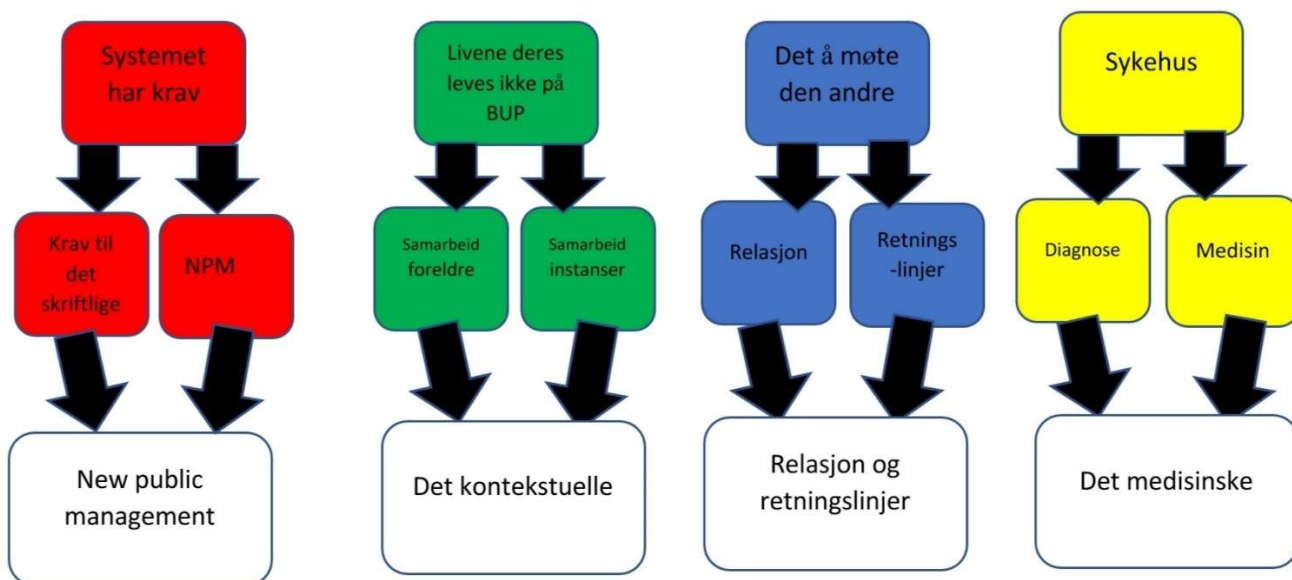
dokumenter hvor sitatene ble limt inn. Her forsvant noen av de meningsbærende enhetene fordi de ikke lenger passet inn i subkategoriene jeg hadde valgt.

#### 4. Syntese

I siste analysedel settes bitene sammen igjen til en helhetlig tekst (Malterud, 2017).

Subkategoriene ble sydd sammen til en hovedkategori og jeg valgte et av gullsitatene for hver kategori for å oppsummere innholdet. I denne fasen så jeg også at det utkrystalliserte seg nye navn på kategoriene som tydeligere svarte på problemstillingen (se nederst i figur 1). Siden jeg ikke kondenserte teksten i forrige trinn gjorde det det lettere for meg å gå over den analytiske teksten og sammenligne med det som opprinnelig ble sagt og sørge for at jeg har fått med hovedessensen, samt sikre at tolkningene mine ikke beveget seg for langt fra det som egentlig ble sagt.

Figur 1 – Analyseprosessen



## 5.4. Validitet

Validitet handler ikke bare om metodene man bruker, men også om forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2015). Valideringen skjer således gjennom hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Creswell (2014) mener at dine opplevelser, din bakgrunn og din person vil påvirke prosessen selv om man prøver å være så nøytral som mulig. Forforståelsen kan ofte være det som påvirker vårt valg av forskningsprosjekt og kan påvirke prosessen med nyttig kunnskap, men også være en byrde (Malterud, 2017). I mitt tilfelle er min interesse til forskningstemaet knyttet til at jeg selv er ansatt i BUP. Min bakgrunn er sosionom og jeg har vært ansatt i det kommunale barnevernet i flere år. Jeg har et år med statsvitenskap i tillegg til videreutdanning innen barnevern foruten dette masterstudiet. Gjennom masterstudiet har jeg blitt fasinert av de medisinske og kontekstuelle modellene, og hvordan disse påvirker psykisk helsearbeid i dag. Jeg gjenkjente raskt disse modellene da jeg startet i BUP.

Jeg er også politisk aktiv og har en klar formening om de politiske temaene knyttet til foretaksmodellen og NPM som viste seg å dukke opp i intervjuene. Dette gjorde det krevende underveis i intervjuene fordi jeg selv hadde så mye jeg hadde lyst til å si rundt disse temaene. Jeg hadde også lyst til å bekrefte deres utsagn underveis. I utgangspunktet kjente jeg at jeg ikke hadde noe ønske om å ha med politiske tema i oppgaven, selv om den tar opp forhold innen psykisk helsearbeid på systemnivå. Disse kom likevel så sterkt til uttrykk i oppgaven at jeg ikke kan styre utenom dem. Det har utfordret meg underveis i prosessen, men til syvende og sist må jeg vel si at min forkunnskap har vært nyttig. Dette fordi jeg kan mye om temaet og har fulgt debattene knyttet til dette.

Målet med å validere er ikke å vise at vi har funnet sannheten (Malterud, 2017). Ved derimot å spørre hva det vi har funnet er sant om, altså hva metoden og funnene sier oss, kan vi finne den interne validiteten (Malterud, 2017). Validitet handler altså også om metoden bidrar til å få svar på det man skulle ha svar på (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Jeg var interessert i å finne ut av hva terapeutene i BUP selv mente preget deres arbeidshverdag og behandlingen de gav. Selv om jeg hadde tanker om hva jeg kunne finne var jeg langt fra sikker og ønsket derfor å

møte de ansatte så åpent som mulig. Jeg jobber ikke selv i poliklinikk og var åpen for at meningene jeg fant ville kunne være annerledes enn på min egen arbeidsplass. Funnene mine representerer altså ikke sannheten, men metoden har bidratt til kunnskap om hvordan ulike behandlingsmodeller og arbeidsmetoder preger behandlingen som gis av ansatte i BUP.

Det er også viktig å se på den ytre validiteten som er knyttet til overførbarhet (Malterud, 2017). Hvorvidt denne studien er overførbar til andre BUP er vanskelig å si. Samtidig arbeider ikke deltakerne geografisk på samme sted og alle peker på at det skjedde en endring for to år siden. Det er også lett å finne avisartikler og studier som peker på at NPM i offentlig sektor er en utfordring og at det har utviklet seg over tid.

Kommunikativ validitet går ut på at kunnskapen vi får har begrenset gyldighet om den ikke kan deles med andre, inklusive selve forskningsprosessen (Malterud, 2017). Jeg har måtte ta en del valg underveis for å beholde anonymiteten ovenfor de som har deltatt i prosjektet. Slik det nå foreligger vil hele prosessen og alle funn kunne formidles ut. Dette er et bevisst valg for ikke å begrense studiens validitet i tillegg til etiske overveielser som er beskrevet nærmere i kapittel 5.6.

Pragmatisk validitet går på om studiet er relevant og nyttig i den forstand at ingen har besvart problemstillingen vår før og funnene kan føre til praktiske konsekvenser (Malterud, 2017). Jeg er ikke kjent med at noen har gjort studie på dette tidligere, men det fins mye dokumentasjon i aviser og på nettsteder om at man er kritisk til telling og måling i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsefeltet. Jeg har en tanke om at min studie vil kunne bidra til en refleksjon omkring de temaene jeg har belyst. Jeg mener at flere vil kjenne igjen funnene og har et håp om at studien vil inspirere til debatter på flere arbeidsplasser. Jeg kommer også til å tilby helseforetaket å presentere studien i ledergruppen til den aktuelle BUP i tillegg til å sende dem artikkelen.

## 5.5. Metodekritikk

Intervjueren har makt og bestemmer emnet for samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015). Som tidligere beskrevet hadde jeg et åpent hovedspørsmål hvor deltakerne fortalte hvordan de jobbet med barn og unges psykiske helse. I tillegg til dette hadde jeg åpne spørsmål knyttet til noen tema jeg ønsket å belyse dersom den enkelte deltaker ikke kom innom dette teamet i svaret på hovedspørsmålet. Disse temaene var relasjon, samarbeid, systemet sin tilrettelegging, ledelsen sitt fokus, diagnoser og medisin. Allerede her har jeg lagt føring på hva som ble tema i løpet av intervjuet. Man kan si at det er fordi jeg har spurt dem om det enkelte tema at noen av disse ble en del av resultatet i min studie.

Alle mine deltakere er kvinner, og selv om det er overrepresentasjon av kvinner i BUP vil dette selvsagt kunne påvirke resultatet. Malterud (2017) peker på at overførbarheten vil ha betydelige begrensninger ved tilfeldige utvalg og mener at variasjonsbredde og mangfold sikres best gjennom å bruke representativt utvalg. Fordi jeg ønsket at deltakelsen skulle være helt frivillig og fordi jeg ikke ville legge andre føringer enn at psykologer og leger ikke skulle delta valgte jeg å bruke tilfeldig utvalg ved å rekruttere åpnet.

Ved en av poliklinikkene var det avdelingslederen som samlet inn navn på de som skulle delta. Dette gjør at jeg ikke vet hvordan rekrutteringen har skjedd. Det kan tenkes at en leder vil ha en viss makt til å påvirke deltakerne slik at de opplever at de ikke har noe valg. Det kan også tenkes at ledelsen spør de deltakerne som har meninger som de ønsker skal representere BUP-systemet.

Kvalitativ metode skal hjelpe å utvikle ny kunnskap, ikke reprodusere gammel innsikt (Malterud, 2017). I forberedelsen til masterprosjektet lager man en prosjektplan hvor man på mange måter legger føringer for hva man vil undersøke gjennom å skrive om eksisterende teori og tidligere forskning. I min studie har jeg ikke klart å finne lignende problemstilling i eksisterende studier, men media og faglitteraturen er full av kunnskap rundt temaene. Dette kan gjøre at denne studien kan synes gjenkjennelig uten at noen faktisk har undersøkt dette i en kvalitativ studie.



I kvalitativ metode er man prisgitt den informasjonen man får fra deltakerne. Man er avhengig av at deltakerne klarer å reflektere rundt spørsmålene og får frem det de mener.

Selv om kvalitativ metode kan være overførbar har den ikke nok deltakere til at den er generaliserbar. Det betyr at funnene ikke kan generaliseres til å gjelde over hele landet, og som tidligere nevnt representerer de heller ikke sannheten. Det betyr at i kommunikasjonen av funnene er det viktig å vise ydmykhet for at funnene i hovedsak representerer deltakernes meninger, men de kan selvsagt være gjenkjennelige for de som arbeider på tilsvarende arbeidsplasser.

## **5.6. Ethiske overveielser**

Som tidligere nevnt søkte jeg godkjenning fra Fakultetets etiske komite (FEK), Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og sykehusforetaket.

For at et informert samtykke skal være gyldig må deltakeren forstå hensikten med prosjektet og konsekvensen av deltakelse, at de kan trekke samtykket når som helst i prosessen, samt frivillig avgjøre om de ønsker å delta på grunnlag av informasjonen de har fått (Ruyter, 2003; Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg sørget for å ha med en printet versjon av informasjonsskrivet under intervjuet slik at jeg fikk bekreftet deres frivillighet til å delta. Jeg informerte også om at de ville forbli anonyme og at jeg ikke ville samle inn noen personopplysninger om dem.

For å unngå gjenkjennelse har jeg utelatt en del informasjon knyttet til deltakerne (Malterud, 2017). Dette har ført til at det er en del forhold jeg ikke har kunnet omtale som antagelig har påvirket forskningsprosessen, men jeg har kommet til at hensynet til personvern er viktigere enn at jeg får belyst alle sidene i denne oppgaven. Malterud (2017) er veldig tydelig på at det ikke er etisk akseptabelt å inngå kompromisser som ødelegger for deltakernes personvern.

Da jeg valgte å være åpen om mitt arbeidsforhold i BUP måtte jeg underveis minne deltakerne på at de likevel skulle gi meg informasjon som at jeg ikke visste hva de snakket om og var helt uten forkunnskap knyttet til deres arbeid.

Deltakerne kan velge å holde tilbake informasjon som de tenker er ufordelaktig bilde av det de forteller om (Malterud, 2017). Dette opplevde jeg at noen av deltakerne gjorde. Da jeg hadde skrudd av opptakeren var noen av dem mye krassere i sine uttalelser og delte mer rundt sin fortvilelse knyttet til noe av det vi pratet om. Jeg var bevisst på å forvalte den kunnskapen de har gitt meg i selve intervjuet og tok derfor ikke med de opplysningene jeg fikk etter at båndopptakeren var slått av.

## 6.0. Oppsummering av funn

Funnene i min studie viser at de ansatte i BUP er opptatt av relasjonen i behandlingen av barn og unge. Samtidig påvirkes de av de ulike retningslinjene de skal følge i utredning og behandling. De kan oppleve at disse *retningslinjene* kan ødelegge for *relasjonen*.

De ansatte fortalte at de ble preget av kravene til antall tiltak og det de opplevde at de måtte produsere i sitt arbeid. Dette ble erfart som stressende og opplevd som at dette var ledelsen sitt hovedfokus knyttet til arbeidet de utførte. De ansatte var tydelige på at de mislikte fokuset på *å telle og måle* som ble gjort gjennom det kvantitative fokuset på antall tiltak og tidsfrister.

Samtidig var det tydelig at de ansatte hadde sitt hovedfokus på å hjelpe barn og unge slik at de i mest mulig grad kunne mestre sin hverdag. Samarbeid med foreldre og andre instanser rundt barn og unge var en vesentlig del av arbeidet med deres psykiske helse fordi barn og unge lever sine liv utenfor BUP. Dette arbeidet befant seg innenfor *den kontekstuelle modellen*.

De ansatte var ikke spesielt opptatt av diagnoser og medisiner som vi vanligvis finner i *den medisinske modellen*. De opplevde at diagnoser noen ganger kunne være til hjelp, men så også ulempene det kunne medføre ved at det ble vanskeligere å skape endring og ungdommene kunne få et stempel utfra diagnosen. Arbeidet med diagnoser var en del av deres behandling, men hovedfokuset til de ansatte lå på symptomene, ikke diagnosen.

## **7.0. Avsluttende refleksjoner**

Studien har utforsket hvilke arbeidsformer og behandlingsmodeller som preger behandlingen som gis av ansatte i BUP. Hensikten har vært å finne ut av hva som preger behandlingen de ansatte gir og dette har kommet godt frem gjennom kvalitative intervjuer. Funnene bekrefter at de ansatte møter mange krav fra systemverdenen men at de selv velger å fokusere på det som befinner seg i livsverdenen.

Likevel påvirker effektivitetskravene og retningslinjer møtet med den enkelte ungdom og innvirker direkte og indirekte på behandlingen. I starten av denne teoretiske sammenbindingen ble det nevnt at man er på vei mot et paradigmeskifte innen psykisk helsearbeid. Det er en pågående debatt om mål og resultatstyringen innenfor NPM har gått for langt og flere fagfolk og politikere har tatt til orde for en tillitsreform isteden.

Studien viser at behandlerne allerede har blikket vendt mot mestring, samarbeid og kvalitet, som er viktige forhold for å hjelpe barn, ungdom og deres pårørende. Det kan synes som om systemet henger etter med fokus på kvantitet og retningslinjer. Studien gir grunnlag for å si at fokuset på fag og helheten i et menneske sitt liv blir overskygget av systemverdenen. Denne studien har gitt mange svar på hva de ansatte selv ønsker av fremtidens psykiske helsearbeid og artikkelen vil komme nærmere inn på dette.

## Litteraturliste

Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aarre, T. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Andersen, M. & Ness, O. (2015). Arbeidsglede hos fagpersoner som møter unge voksne med sammensatte problemer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2/2015 (12), 109-118. Hentet fra: [https://www.idunn.no/tph/2015/02/arbeidsglede\\_hos\\_fagpersoner\\_som\\_moeter\\_unge\\_voksne\\_med\\_sammensatte\\_problemer](https://www.idunn.no/tph/2015/02/arbeidsglede_hos_fagpersoner_som_moeter_unge_voksne_med_sammensatte_problemer)

Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 18-27). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Connolly, M & Jones, N. (2003). Constructing management practice in the new public management: the case of mental health managers. *Health Services Management Research*, 16 (3), 203-210. Hentet fra <https://doi.org/10.1258/095148403322167960>

Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. London: Sage publications.

Gullestad, F.H. (2014, 5.desember) Pynter på tallene for Erna. *Klassekampen*. Hentet fra <http://www.klassekampen.no/article/20141205/ARTICLE/141209971>

Habermas, J. (2003). Knowledge and human interests. I G. Delanty & P. Strydom (Red.). *Philosophies of social science: The classic and contemporary readings*. (s. 234- 239). Maidenhead Philadelphia: Open University Press

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (1997). *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. (Prop. 63 1997-1998). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>

- Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karlsson, B. E. (2011). Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv. I A. J. W. Andersen & B. E. Karlsson (Red.). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. (s. 132-142). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjøstvedt, O. (2015) Visjoner og realiteter i første linje. I D. Ulland, A.B. Thorød og E. Ulland (Red.). *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. (S.223-230). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kogstad, R. (2004). Vendepunkter – byggesteiner i bedringsprosessen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4/2004 (1), 41-49. Hentet fra: [https://www.idunn.no/tph/2004/04/vendepunkter\\_byggesteiner\\_i\\_bedringsprosessen](https://www.idunn.no/tph/2004/04/vendepunkter_byggesteiner_i_bedringsprosessen)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Liff, R. & Andersson, T. (2011). Integrating or disintegrating effects of customized care: the role of professions beyond NPM. *Journal of Health Organization and Management*, 25 (6), 658-676. Hentet fra <https://doi.org/10.1108/14777261111178547>
- Liverød, S. R. (2019a, 22.april). Diagnostisert av Tor Åge Eikerapen [Blogginnlegg]. Hentet fra: <https://www.webpsykologen.no/artikler/106-diagnostisert-av-tor-age-eikerapen/>
- Liverød, S. R. (2019b, 29.april). Pakkeforløp fra helvete [Blogginnlegg]. Hentet fra: <https://www.webpsykologen.no/artikler/107-pakkeforlop-fra-helvete/>
- Magnussen, Jon. (2018, 11. oktober). Innsatsstyrt finansiering. Hentet fra [https://sml.snl.no/innsatsstyrt\\_finansiering](https://sml.snl.no/innsatsstyrt_finansiering)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nyseter, T. (2017) *Velferd på avveie*. Oslo: Res Publica.

- Rogan, T. (2011). Paradigmeskifte i psykisk helsearbeid. I A. J. W. Andersen & B. E. Karlsson (Red.). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid.* (s. 230-243). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruyter, K. W. (2003). Det informerte samtykke i medisinsk forskning - mellom selvråderett og beskyttelse. I K. W. Ruyter (Red.). *Forskningsetikk : beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn.* (S.109- 131). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Talseth, S. & Godager, E. V. (2016). Selvhjelp – problemet som ressurs i egen endringsprosess. ? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 174-183). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer.* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Topor, A. (2014) En annen profesjonalitet. I M. Borg & A. Topor. *Virksomme relasjoner.* (s. 54-78) Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Topor, A. (2015). Fra asosial til sosial psykiatri. I D. Ulland, A.B. Thorød og E. Ulland (Red.). *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger.* (S.240-248). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ulland, D. & Bertselsen, B. (2010). Kunnskapssyn og etikk i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2/2010 (7), 121-129. Hentet fra: <https://www.idunn.no/tph/2010/02/art06>
- Williams, G. & Popay, J. (2001) Lay health knowledge and the concept of the lifeworld. I G. Scambler (Red.) *Habermas, critical theory and health* (s. 25-41). London and New York: Routledge.

**Del 2:**  
**Artikkel**

*«Det viktigste er at de blir sett og hørt,  
ikke å komme igjennom alle skjemaene»*

- Om behandlingsmodeller og arbeidsformer i barne- og ungdomspsykiatrien

**Line Kysnes Vennesland**  
**Universitetet i Agder**  
**Våren 2019**

**<https://www.idunn.no/tph>**

*«Det viktigste er at de blir sett og hørt,  
ikke å komme igjennom alle skjemaene»*

- Om behandlingsmodeller og arbeidsformer i barne- og ungdomspsykiatrien

### **Sammendrag**

Denne artikkelen handler om hvilke behandlingsmodeller og arbeidsformer som preger behandlingen som gis av de ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien. Gjennom intervjuer av de ansatte kommer det frem at forhold knyttet til New Public management også preger behandlingen og er i ferd med å overskygge arbeidet som gjøres mot den enkelte pasient. De trekker frem relasjonen som viktig, men opplever at den blir påvirket av retningslinjene som sier hva de skal gjennom av skjema og tidsfrister for det som skal gjøres. De ansatte er også mer opptatt av forhold som kan knyttes til den kontekstuelle behandlingsmodellen fremfor den medisinske behandlingsmodellen.

**Nøkkelord: New public management, behandlingsmodeller, retningslinjer, recovery, barne- og ungdomspsykiatri.**

### **Abstract**

This article is about which treatment models and work methods that impacts the treatment given by employees in the Norwegian child and adolescent psychiatry. Through interviews with employees it become clear that conditions linked to New Public Management also affect the treatment and is about to overshadow the work that is done with the patients. They highlight the relationship to their patients as important, but experience that it's affected by the guidelines that tells them what to do. The employees are also more concerned about conditions that relates to the contextual treatment model above the medical treatment model.

**Keywords: New public management, treatmentmodels, guidelines, recovery, child- and adolescent psychiatry.**



## Introduksjon

Opptrappingsplanen for psykisk helse som kom i 1999 skulle være et tverrpolitisk løft for mennesker med psykisk uhelse hvor inkludering og brukervedvirkning stod sterkt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Etter åtte år med opptrapping var det først og fremst de kvantitative målene om penger, aktivitet og personell som var nådd. De kvalitative målene om hvilke perspektiver og verdier som er viktige fremover var ikke nådd (Rogan, 2011). Rett etter opptrappingsplanen kom foretaksmodellen som ble innført i 2000. Den hentet sine grunnleggende ideer og prinsipper fra den markedsliberalistiske ideologien kalt New Public Management (Karlsson, 2011). Styringsprinsippene handler om effektivisering, produksjon og sterkere økonomistyring (Karlsson, 2011).

Foretaksmodellen har også sørget for at fokuset i psykisk helsearbeid er på kvantitet, altså hvor mange tiltak man har i løpet av en dag, og ikke på kvaliteten i møtene mellom behandler og pasient (Karlsson, 2011). Det opprettes også stadig nye retningslinjer og effektivitetskrav i psykisk helsearbeid som detaljstyrer de ansatte og går utover tiden man har til rådighet til å bli kjent med pasientene (Liverød, 2019a). Disse retningslinjene går på hva man skal gjøre under utredning og behandling og består av hvilke skjema man må fylle ut, hvilke spørsmål som skal stilles og dokumentasjon på at man har gjort det man skal gjøre (Liverød, 2019a).

I de senere år har recovery kommet mer og mer på dagsorden i norsk helsepolitikk og brukerorganisasjoner og fagmiljøer. Recovery handler om bedringsprosesser knyttet til hvordan livet kan bli bedre selv om man sliter med psykisk uhelse eller rus (Biong & Borg, 2016). Recovery fremhever menneskers hverdag og livssituasjon og fokuserer på at helheten er viktig for «å komme seg» (Biong & Borg, 2016). Aarre (2018) mener at norske helsemyndigheter sender motstridende signaler når man i veiledere signaliserer økt bruk av recovery samtidig som man fremhever den medisinske modellen som fokuserer på medisiner, diagnoser og standardiserte kartleggingsverktøy.

Kogstad (2004) gjennomgikk over 500 svar fra medlemmer i Mental Helse Norge om hva som skapte det positivevendepunktet i deres liv. Hun spurte utfra sine funn om hjelpeapparatet har rom for den subjektive opplevelsen, de langsomme prosessene og tiltak som tar utgangspunkt i etikk og menneskelighet, og ikke bare det som gir raske resultater. Rogan (2011) på sin side mener vi befinner oss i et paradigmeskifte innen psykisk helsearbeid hvor fokuset blir endret fra kvantitet til kvalitet, fra sykdom til mestring og fra fragmenter til samarbeid og helhet. I dette studiet deltar ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) med hva de selv mener preger den behandlingen de gir. Deres svar er et innspill i debatten som Rogan (2011) reiser om paradigmeskiftet. Studien har følgende problemstilling:

«På hvilken måte preger ulike behandlingsmodeller og arbeidsformer behandlingen som gis av ansatte i barne- og ungdomspsykiatrien?»

## **Metode**

### *Design*

Studien benyttet kvalitative intervjuer da hensikten var å søke deltakernes erfaringer og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Formålet med forskningen var å finne ut av hvilke arbeidsmetoder og behandlingsmodeller som ansatte i BUP mente preget behandlingen som ble gitt. Studien sitt filosofiske fundament er kritisk teori som ifølge Habermas (2003) handler om selvrefleksjon og at mennesket må forstås som en del av et sosialt samfunn. Gjennom å søke forståelse av hvordan de ansatte arbeidet med barn og unges psykiske helse vil man kunne sette dette i en kontekst av en større debatt som pågår rundt hva som preger psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten for barn og unge i dagens samfunn.

### *Utvalg*

Forespørselen om å delta i prosjektet ble sendt ut til avdelingsledere ved tre ulike BUP poliklinikker og deltakerne ble rekruttert via disse. For å få en spredning i utdanningsbakgrunn, men samme utdanningsnivå ble det bedt om at de som ble intervjuet hadde bachelorgrad, samt videreutdanning innen psykisk helse eller rusarbeid. Leger og psykologer er derfor ikke med i

utvalget. Fem deltakere fra to av poliklinikkene deltok. Deltakerne delte uoppfordret at de hadde arbeidet i BUP fra noen få år til mange år, og representerte derfor en bredde i arbeidslengde. Alle deltakerne er kvinner og i alderen fra 35 til 65 år.

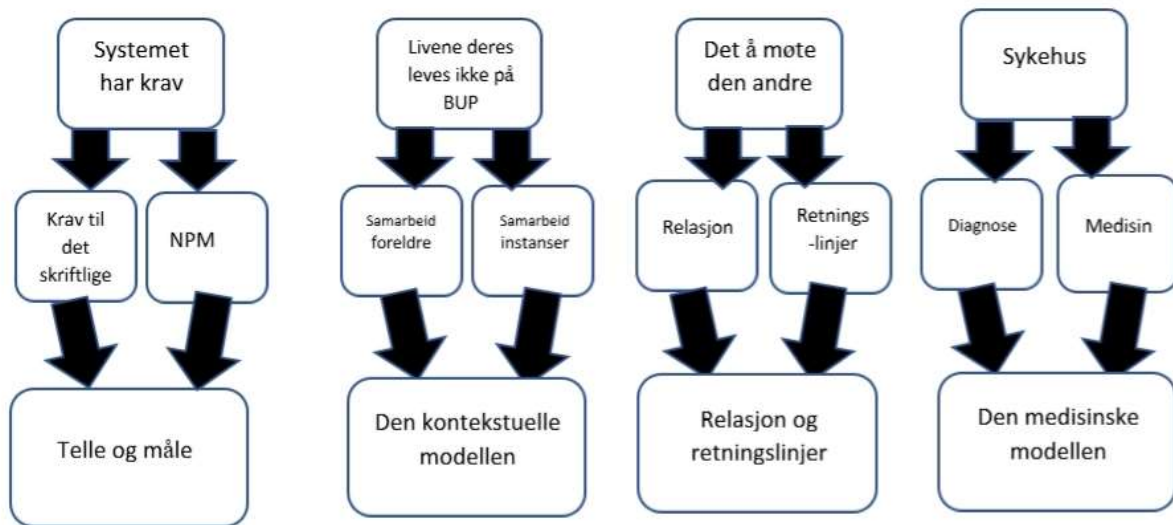
### *Datainnsamling*

Et forskningsintervju går dypere enn hverdagssamtalene, har en viss struktur og hensikt hvor målet er å hente inn beskrivelser knyttet til deltakernes livsverden og deretter fortolke betydningen av det som er sagt (Kvale & Brinkmann, 2017). Det ble benyttet et semistrukturert intervju hvor hovedspørsmålet var åpent og deltakerne ble bedt om å fortelle om hvordan de jobbet med barn og unge sin psykiske helse. Det ble også spurt om hvordan de samarbeidet med andre, syn på diagnoser og medisiner, ledelsen sitt fokus og hva de skulle ønske var annerledes. Intervjuene ble utført høsten 2018 og varte alle fra 30-45 minutter.

### *Dataanalyse*

Analysen er inspirert av Malterud (2017) sin analysemetode, systematisk tekstkondensering (STC). Denne metoden består av fire trinn med tekstanalyse. I første trinn ble det skapt et helhetsinntrykk ved å lese igjennom alle intervjuene. I andre trinn ble dette delt inn fire foreløpige tema (se øverst i figur 1). Disse ble igjen markert med fargekoder. I tredje trinn ble det tatt et valg om å gjøre noe annerledes enn Malterud. Det ble delt inn i subgrupper, men istedenfor å kondensere ble det valgt ut et gullsitat hentet direkte fra teksten som kjennetegnet subkategorien og innholdet ble målt opp mot dette. I siste trinn ble bitene med subkategorier satt sammen til en helhetlig tekst og det ble laget nye navn på hovedkategoriene sammen med det gullsitatet som summerer innholdet i funnet best.

Figur 1 – Dataanalyseprosessen



### Forskningsetikk

I starten av prosjektet ble det søkt godkjenning fra Fakultetets etiske komite (FEK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD). Det ble også søkt godkjenning i det aktuelle sykehusforetaket om tillatelse til å intervjuere deres ansatte. Alle instansene godkjente prosjektet.

Deltakerne fikk via avdelingslederne utdelt informasjonsskriv med forespørsel om å delta i prosjektet. Det var viktig at deltakerne ble informert om formålet med studiet, før de samtykket i å delta. De ble også informert om at de kan trekke sitt samtykke når som helst i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2017). Det ble lovet anonymitet og det ble ikke samlet inn personopplysninger om dem.

### Funn

Analyseprosessen resulterte i fire ulike tema for hva som preger behandlingen som gis av de ansatte i BUP. To av de handler om arbeidsformer og to av de kunne tolkes som

behandlingsmodeller. Temaet «telle og måle», samt «relasjon og retningslinjer» handlet om arbeidsformer, mens «den kontekstuelle modellen» og «den medisinske modellen» handlet om behandlingsmodeller. I starten av hvert tema presenteres et sitat hentet fra deltakerne som illustrerer temaet.

### **Telle og måle**

*«Jeg synes ikke det er tiltenkt at det er mennesker som jobber der og det er mennesker vi jobber med. Det er for mye business og økonomi».*

Sitatet er et tydelig uttrykk for noe flere av de ansatte pekte på, nemlig at de opplevde at BUP er styrt ved hjelp av styringsformen New Public management (NPM). De fortalte at de måtte ha 2,5 tiltak om dagen og at disse i tillegg til å bli telt, utgjorde økonomiske refusjoner til BUP. De fleste deltakerne var frustrerte over fokuset på tall og målinger. En av de ansatte mente at tellingen resulterte i at de kunne føle seg kontrollert og overvåket og at det kunne føre til at de ble opphengt i å få best mulig tall. En annen av deltakerne mente at det kunne fremstå som om det var alt ledelsen brydde seg om og at kvantitet betydde mer enn kvalitet. Det var usikkerhet knyttet til om ledelsen verdsatte aktivitet som ikke gav inntjening. Det ble også sagt fra en av de ansatte at det ikke var mye ros eller raushet i dette ensidige fokuset på tall og målinger.

Flere påpekte at NPM var godt etablert i sykehusforetakene, men at det i BUP først skjedde en endring for to år siden. Det var ulike forklaringer på hvorfor endringen skjedde for to år siden. Noen pekte på ledelse og mente det kunne ha sammenheng med en gradvis utvikling i politisk og administrativ ledelse over tid som omsider hadde nådd BUP. Det var kun en av de intervjuede som trakk frem at tall og tiltak også kunne være positivt. Det positive som ble trukket frem var at man lettere kunne ta vare på de ansatte med mange tiltak og mye å gjøre og at man kunne måle arbeidet som ble gjort.

Det ble trukket frem at det skapte mye stress fordi man som ansatt i BUP var vant til å tenke relasjon og på pasienten sitt beste, ikke telle og måle. Flere snakket om presset på økonomi og inntjening og hvordan dette var styrende for mye av det som ble telt og målt. En av de ansatte formulerte seg slik: «Og for å drive et sykehus så må vi, så må en ha inntjening og vi har jo inntjening per pasient vi møter ikke sant. Men så må de da være henvist til oss for også ha, for at vi på en måte skal få penger for det». Det ble også trukket frem hvordan BUP tjener bedre på noen diagnoser enn andre gjennom den innsatsstyrte finansieringen.

Mange ansatte pekte på at det har blitt større krav til hva som skal stå i journalen, krav til å sette diagnose etter 6 treff og krav til oppgaver som skal gjøres. En av de ansatte påpekte at det også var mas på at man måtte ferdigstille journalnotater innen fristen. Dette førte til at man måtte gjøre ting på en annen måte for å lure systemet og gjorde det utfordrende å huske det som skulle stå i notatene. Det ble også påpekt at det var et tydelig ønske fra ledelsen om effektivitet, men at det også var en grense for hvor mye mer man hadde å gi. Følgende ble sagt fra en av de ansatte: «Men at det er et ønske om at man skal være effektiv og målrettet det tenker jeg jo. Også er det jo forskjellige meninger om hvordan man er effektiv og målrettet. Og hvordan på en måte, hva er målet, det kan jo være et betimelig spørsmål».

Flere av de ansatte gav uttrykk for at de ulike kravene utløste stress og trakk frem sykemeldinger og dårligere arbeidsmiljø som et resultat av større krav og mer arbeid. Følgende ble sagt fra en av de ansatte: «Jeg synes det er veldig stress. Rett og slett. Aldri liksom god samvittighet, våkne midt på natta av åh, hvordan var det nå, gjorde jeg nå det, husket jeg det, sånn». En annen trakk frem at det var blitt dårligere med tid til å gjøre arbeidsoppgavene som følge av alle kravene, og mente at det gikk utover tiden man hadde til pasienter, foresatte og samarbeidspartnere. Det ble påpekt fra flere at det oppleves som at de brukte for mye tid på tekniske oppgaver og for å etterleve kravene som var satt. En ansatt sa det slik: «Så det er nesten sånn at, men det er synd, for når du spør meg om hvordan det ideelt sett skulle ha vært så er det nesten sånn at man, at det blir et vanskelig spørsmål å svare på for nå er vi drillet så enormt inn i dette systemet og det er da jeg sier at da knekker man kreativiteten. Den har ikke plass her».\*

## Relasjon og retningslinjer

*«Jeg tenker det viktigste er at de blir sett og hørt, ikke nødvendigvis at en kommer igjennom alle skjemaene».*

Sitatet gir oss et tydelig innblikk i at flere av de ansatte var opptatt av retningslinjene man skulle følge i BUP og at disse ikke skulle komme i veien for relasjonen. Retningslinjene sier noe om hvordan de skal utrede og hvilke skjema deltakerne skulle igjennom i løpet av de første treffene. De ansatte mente det var til god hjelp for dem å ha noen retningslinjer å jobbe etter. Samtidig nevnte flere at man burde unngå at skjemaene og retningslinjene kom i veien for samtalen. En ansatt sa dette: «Samtidig så er jo skjemaene gode å ha for å lage en struktur. For noen så er det kanskje det viktigste. Mens for andre så er det viktigste å prate løst og fast om det som er på hjertet, hvis de har ventet for eksempel lenge for å komme her for å skulle prate så blir det dumt å bare bli møtt med skjema de skal svare på. Og det tenker jeg er en del av det å jobbe med psykisk helse i BUP».

En av de ansatte trakk også frem at brukerne selv hadde etterlyst mer tydelighet og forutsigbarhet i systemet og at retningslinjene var et virkemiddel for å få dette til. De ansatte var tydelige på at de forholdt seg til det de måtte gjøre som følge av retningslinjene og var opptatt av å forklare det på en god måte ovenfor pasientene.

De ansatte var også opptatt av hvordan de møtte sine pasienter. Flere pekte på hvordan de bevisst møtte den andre ved å være åpen, lytte og forstå. Relasjon ble sett på som et viktig virkemiddel i arbeidet. En ansatt forklarte det slik: «Jeg tenker at der opprettes en relasjon og i den relasjonen skapes det noe som gir tillit og trygghet, og kan være en støtte».

De ansatte brukte seg selv i behandlingen og hadde en bevissthet knyttet til nettopp dette. Flere pekte på det ansvaret som behandleren hadde knyttet til å skape en relasjon. På spørsmål om hvordan de brukte relasjonen i behandlingen trakk flere frem det å skape en trygghet i behandlingen. En ansatt sa: «Da er det jo lettere når man blir litt kjent å kunne si ting og kanskje presentere det som kanskje utfordrer litte grann på en annen måte, så lenge de vet at en vil de vel. At de stoler på det».

### **Den kontekstuelle modellen**

*«Jeg tenker jo at det er viktig fordi at det er på en måte ute i samfunnet, det er der livet til denne ungdommen leves».*

Slik sitatet viser var flere av deltakerne opptatt av samarbeid med andre instanser fordi ungdommene hovedsakelig levde sine liv utenfor timene på BUP. Spesielt samarbeidet med skole ble trukket frem som viktig, men også pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barneverntjenesten og andre kommunale instanser. De ansatte er også opptatt av BUP sin rolle i samarbeidet og hvordan man må fordele oppgavene mellom seg. En av de ansatte trakk frem BUP sin makt i et slikt samarbeid og hvordan andre instanser kunne ha forventninger til at BUP kom med en fasit. En annen ansatt forklarte samarbeidet som en form for stilas bygging der man sammen bygde opp ungdommen gjennom samarbeid. En annen ansatt uttrykte seg på denne måten: «Litt som jeg sa i sted at samarbeid er jo det å aktivisere de her rundt barnet. Og det er der livet leves og det er der livet fortsatt skal leves. Og ikke gjøre de avhengig av et system».

Flere av de ansatte var opptatt av at det var viktig å se hele ungdommen. En av de ansatte var tydelig på at samtale og terapi bare kunne hjelpe enkelte pasienter noe, og at det derfor var en viktig del av behandlingen å sikre at livet rundt ungdommen fungerte best mulig. Den ansatte sa det slik: «Det å tenke at en ungdom skal komme her en time i uka og oppleve veldig store sårne endringer i livet sitt, det er kanskje en litt sånn utopi med mange av dem. Så da er det jo egentlig mer viktig å jobbe med nettverkene og de som skal treffe ungdommen der ute». En av de ansatte



etterlyste også mer tid til samarbeid. Det var ikke rom for like mye samarbeid som man skulle ønske innenfor dagens rammer.

En annen viktig samarbeidspartner for de ansatte var foreldrene. Det var mye veiledning av foreldre med tanke på samspill og å møte ungdommen på deres følelser. Foreldre ble også brukt som deltakere til å forstå hele bildet rundt livet til ungdommen. En av de ansatte mente at samarbeidet med foreldre og veiledning av disse også kunne være komplisert: «man må prøve å ha et godt samarbeid med foreldre. Der kan det også være komplisert fordi der kan det gjerne være foreldre som ikke bor sammen, det er kjempekonflikter der. Altså en skal som behandler faktisk mestre ganske mye».

### **Den medisinske modellen**

*«Det er litt farlig å bare se diagnosen».*

De ansatte formidlet et syn på diagnoser som noe som skal settes når man får hjelp i spesialisthelsetjenesten, men som man skal bruke med omhu slik sitatet påpeker. Flere viste til at diagnoser er et symptom-bilde her og nå og at det ikke nødvendigvis var noe hjelp i å sette diagnosen. Andre mente at diagnosen kunne gi svar for den enkelte pasient og gjorde det lettere å lage et løp for videre behandling og hjelp. En av de ansatte var opptatt av at man ikke måtte se diagnosen alene, men i en sammenheng. Flere var også opptatt av at barn og unge var ulike selv om de hadde samme diagnose og derfor krevde ulik hjelp.

En av de ansatte trakk frem styrken ved at man ikke satte diagnosen alene:

Men i hvert fall så syns jeg at det er okay på det teammøtet da at vi der, det er ikke bare meg som har tenkt ut diagnose selv om det er min pasient og det er meg som for det meste har informasjonen om vedkommende så syns jeg at det er fint at vi kan drøfte det sammen. Det betyr også at man fordeler litt av, man fordeler litt av ansvaret.

Flere trakk frem at det var mye fokus på diagnoser både innad og ute blant samarbeidspartnere. De nevnte at det lett kunne bli et stempel og at den enkelte pasient kunne bli plassert og det kunne hindre endring. En av de ansatte forklarte det slik: «Også ser man jo at det er et helt samfunn som forholder seg til diagnoser. Og det er jo både og. Det kan jo være bra fordi det gir spesielle rettigheter. Samtidig så tenker jo jeg at du får et stempel, som gjør at de tenker sånn og sånn om deg».

En av de ansatte problematiserte at man brukte «voksendiagnostikk» på barn, noe man ikke gjorde før. Dette mente hun førte til at man nå plasserer egenskapene på barnet og at det var barnet det «er noe galt med» uten å ta stilling til omgivelsenes innvirkning.

Generelt gav de ansatte uttrykk for at medisiner var noe de brukte lite i behandlingen av sine pasienter. Alle trakk frem at det skulle vurderes av en lege og at det stort sett var snakk om medisiner for ADHD, søvn eller depresjon. Alle gav klart uttrykk for at de prøvde mange løsninger før de ba om en medisin vurdering fra lege. En av de ansatte formulerte seg slik: «Det er noen ganger jeg har tenkt at dette kan vi jo løse på en annen måte. Enn med medisiner. Dette finner vi ut av».

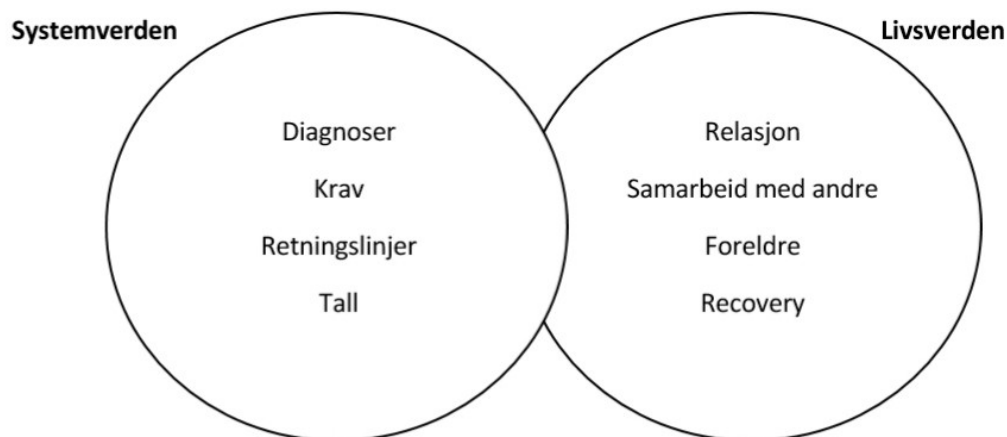
Flere trakk frem at det kunne være et godt hjelpemiddel dersom ungdommen hadde det veldig tungt, og da kun ble brukt for å hjelpe de å holde hodet over vannet. En av de ansatte sa følgende om bruk av medisiner: «Igjen er jeg jo veldig kritisk i forhold til det da, eller veldig sånn, ikke, altså, jeg tenker at det kan være en god ting i noen tilfeller, at det må til. Men. At en skal være veldig forsiktig. Når man jobber med barn».

## Diskusjon

Studien utforsket hvilke arbeidsformer og behandlingsmodeller som preger behandlingen som gis av ansatte i BUP. Jürgen Habermas (Williams & Popay, 2001) forklarer samfunnet utfra to ulike verdener: systemverden og livsverden. Systemverdenen har ifølge Habermas fokus på produksjon hvor makt og penger dominerer, mens livsverden er opptatt av kommunikasjon og kultur (Williams & Popay, 2001). I lys av denne studien vil man kunne se systemet som staten og helseforetakene og livsverden er der den enkelte terapeut befinner seg i behandlingen av sin pasient. Ifølge de ansatte kan det oppleves som at disse to kommer i konflikt med hverandre.

Habermas er tydelig på verdenene eksisterer sammen, men systemverdenen kan overskygge livsverdenen (Williams & Popay, 2001). De ansatte formidlet en bekymring knyttet til at de kravene man møter i systemverdenen nettopp er i ferd med å overskygge arbeidet som gjøres i livsverden. Felles for dem begge er at de påvirker behandlingen som gis av de ansatte. Den enkelte behandler styres ikke bare av egen kunnskap og møte med det andre mennesket, men også av systemer for kvalitetssikring og sentrale føringer (Ulland & Bertelsen, 2010). Funnene viser at de ansatte oppfattet at ledelsen brydde seg mer om det som er knyttet til systemverden enn det som foregikk i livsverden. Figur 2 viser hvordan disse henger sammen.

*Figur 2 – hva som påvirker behandlingen som gis av ansatte i BUP.*



Forholdene knyttet til systemverdenen er i stor grad forbundet med New Public Management. NPM er en styringsform som ikke tar hensyn til at mange velferdstjenester handler om relasjoner og mellommenneskelige forhold (Nyseter, 2017). Prinsippet er effektivitet og lønnsomhet, og mål og resultatstyring blir ofte brukt innenfor NPM (Nyseter, 2017). Søren Hertz (2011) mener at effektfokus kan gi en illusjon av at det er mulig å hoppe over de faglige refleksjonene.

Studien viser at de ansatte var frustrert over fokuset på tall og målinger og at det blir oppfattet som om ledelsen er ensidig opptatt av dette. Studien viser også at de ansatte følte seg presset i forhold til effektivitet og dette påvirket arbeidsmiljøet blant annet gjennom sykemeldinger. Debatten om NPM og mål og resultatstyring er svært relevant, og flere og flere har tatt til orde for nye styringsformer som tar hensyn til faglig kompetanse og et system basert på tillit (Nyseter, 2017).

Denne studien viser at fokuset på økonomi og tall oppleves som å stå i motsetning til pasientens beste. I NPM blir det å yte helsehjelp omtalt som en vare som selges som et ledd i produksjon (Karlsson, 2011). Det forventes at man skal produsere en evidensbasert behandling til den diagnosen som er satt. Nyseter (2017) mener at å gi behandling er noe helt annet enn å selge en forbruksvare og at slike tjenester derfor aldri kan måles kun ved hjelp av kvantitative målemetoder alene. Dette understrekes av funnene til Ragnfrid Kogstad (2004) om at det som er viktig for pasientene går i retning av ikke-målbare resultater som håp, tillit og glede. Ifølge studien kjenner de ansatte seg igjen i dette. De påpekte at de ønsket større fokus på kvaliteten og tid til pasienten, fremfor antall tiltak med inntjening. BUP har innsatsstyrt finansiering som gjør at antall tiltak får økonomiske konsekvenser (Magnussen, 2018). Denne finansieringen er med å understreke salg av en vare slik Karlsson (2011) altså påpeker. Dette viser studiet at de ansatte er svært bevisst på og de opplevde økonomiske motiver i effektivitetskravene knyttet til antall tiltak per dag. Flere fagpersoner har vært ute i media og advart mot fokuset på antall tiltak og rapportering, blant annet i BUP (Gullestad, 2014).

Et forhold som påvirket de ansatte i behandlingen av barn og unge var nettopp retningslinjer. Det at det var fokus på hvilke skjema man skulle gå igjennom med fastsatte frister kunne skape stress hos den enkelte. Noen synes derimot at det var greit og forutsigbart å forholde seg til slike formkrav, men samtidig var de også redde for at det kunne overskygge prosessen med å skape en relasjon til ungdommen. Alain Topor (2014) er en av de som tar til orde for at bedring ikke bare skyldes den profesjonaliserte innsatsen, medisiner og psykoterapi. Han har sett på hva som skaper bedringsprosesser hos mennesker og funnet at blant annet relasjonen til hjelperen er en viktig del av dette arbeidet (Topor, 2014). Studien viser at de ansatte var svært opptatt av hvordan de møtte barnet eller ungdommen og hvordan de kunne skape trygghet i relasjonen. Tryggheten som skapes i relasjoner til andre skaper ikke bare rom for endring, men også større muligheter for å dra nytte av den fagkunnskapen som stilles til rådighet (Talseth og Godager, 2016). De ansatte gav også uttrykk for at nettopp en trygg relasjon var forutsetningen for å kunne ta opp vanskelige temaer og å møte uro.

I tillegg til at relasjonen til behandleren kan medvirke i bedringsprosessen er relasjonen til venner og familie også viktig (Topor, 2015). Derfor er det også vesentlig at man i tillegg til å bygge en relasjon til sin pasient også kjenner pasienten sitt nettverk, og at samspillet med pasientens livsarenaer som skole, familie og fritid blir en viktig del av behandlingen (Kjøstvedt, 2015). Studien viser at de ansatte mener at arbeid ut mot instansene som jobber rundt ungdommen er veldig viktig. Dette gir en klar indikasjon på at behandling av barn og unge ikke bare skjer i terapirommet, men at fokuset tvert imot ligger på å skape et liv utenfor BUP der hvor livet deres leves. Liverød (2019b) er en av de som mener at en spesialist i psykisk helsearbeid er en generalist. Mennesket er komplekst og for å skape endringer må man se helheten og ha en bredde i intervensjonene (Liverød, 2019b).

I regjeringens strategi for psykisk helse «Mestre hele livet» kan man lese om hvordan fysisk helse, deltakelse i samfunnet gjennom jobb eller skole, forebygge ensomhet og gode botilbud skal være med å bygge en god psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Man anerkjenner i stor grad at dette er viktige forhold som gir mennesker et bedre liv, samtidig som man peker på samarbeidet mellom kommuner og BUP som en nøkkelutfordring (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2017). Det blir noe motsetningsfylt når det samme dokumentet også inneholder følgende: «Disse prioriteringsutfordringene dreier seg blant annet om i hvilken grad BUP skal prioritere å arbeide inn mot skoler og andre kommunale arenaer, veid opp mot arbeid med de sykeste som trenger mer intensiv innsats, og henviste pasienter/ventelistepasienter generelt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 51). Denne motsetningen viser seg også i dette studiet ved at de ansatte var usikre på om forebyggende arbeid inn mot kommunale instanser ble verdsatt da det ikke gav inntjening. Det ble også etterlyst mer tid til å prioritere dette samarbeidet da det opplevdes som svært meningsfullt og viktig.

BUP er en del av et sykehus som i stor grad består av somatiske tjenester og man vil kunne tenke at den medisinske modellen vil kunne dominere, også innen psykisk helse. Den medisinske modellen har som kjent i hovedsak fokus på medisiner, diagnoser og standardiserte kartleggingsverktøy mens den kontekstuelle har mer fokus på mennesket og brukerstemmen, samt de faktorene rundt mennesket som påvirker vår psykiske helse (Aarre, 2010). Den medisinske modellen har også et større individfokus og peker på at årsakene ligger hos individet, mens den kontekstuelle modellen er mer rettet mot omstendighetene rundt plagene og hva som opprettholder dem (Arre, 2018). I denne studien er de tydeligste eksemplene på den medisinske modellen kravet til å stille diagnoser, bruk av medisiner og de standardiserte kartleggingsverktøyene. Samarbeid med foreldre og instanser rundt er tydelige eksempler på det som befinner seg i den kontekstuelle modellen.

Mange vil mene at de to modellene ikke står i motsetning til hverandre og at det nettopp er derfor at man kan finne oppfordringer til begge deler i ulike statlige dokumenter (Aarre, 2018). Aarre (2018) mener derimot at individuelle bedringsprosesser og diagnoser står i motsetninger til hverandre. Han hevder at man står i en spagat når man prøver å behandle etter både den medisinske og den kontekstuelle modellen. Ifølge Hertz (2011) har sykdomsfokuset også inntatt barne- og ungdomspsykiatrien og diagnoser har blitt en del av det alminnelige hverdagspråket. BUP har også et system som gjør at behandlere noen ganger kan komme i situasjoner som setter de i et dilemma der det står mellom å følge systemet og krav til diagnoser etter et visst antall treff med pasienten, veid opp mot å utforske andre forståelser av den psykiske helsen uten å være

primært opptatt av diagnostisering (Ulland & Bertelsen, 2010). Funnene i denne studien tyder på at diagnoser ikke var en stor utfordring. De ansatte fremsto som at de var klar over kravet til diagnoser uten at de var veldig opptatt av det. De reflekterte også godt rundt fordeler og ulemper knyttet til diagnoser og hadde stor respekt for hva det betydde for den enkelte. De standardiserte kartleggingsverktøyene syntes derimot å være i veien for relasjonsbyggingen for noen av de ansatte. Det viktigste ifølge dem, var at ungdommene ble sett og hørt, ikke at man kom igjennom alle skjemaene. På denne måten vendte de ansatte også her fokuset vekk fra systemverden og mot livsverden.

## **Konklusjon**

Funnene i denne studien viser at de ansatte møter mange effektivitetskrav i systemverdenen, men at de selv velger å fokusere på det som befinner seg i livsverdenen. I starten av denne artikkelen ble det nevnt at man er på vei mot et paradigmeskifte. Studien viser at behandlerne allerede har blikket vendt mot mestring, samarbeid og kvalitet. Det kan synes som om systemet henger etter med fokuset vendt mot kvantitet og retningslinjer. Studien viser at Habermas (2003) sin bekymring fortsatt gjør seg gjeldende ved at systemverdenen overskygger livsverdenen og påvirker behandlingen som gis direkte og indirekte. Denne studien har gitt oss flere svar på hva de ansatte selv ønsker av fremtidens psykiske helsearbeid. Spørsmålet er bare hvor lang tid det vil ta før sentrale myndigheter vil lytte.

## Litteraturliste

Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aarre, T. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer* (s. 18-27). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Gullestad, F.H. (2014, 5.desember) Pynter på tallene for Erna. *Klassekampen*. Hentet fra <http://www.klassekampen.no/article/20141205/ARTICLE/141209971>

Habermas, J. (2003). Knowledge and human interests. I G. Delanty & P. Strydom (Red.). *Philosophies of social science: The classic and contemporary readings*. (s. 234- 239). Maidenhead Philadelphia: Open University Press

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (1997). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. (Prop. 63 1997-1998). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>

Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karlsson, B. E. (2011). Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv. I A. J. W. Andersen & B. E. Karlsson (Red.). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. (s. 132-142). Oslo: Universitetsforlaget.

Kjøstvedt, O. (2015) *Visjoner og realiteter i første linje*. I D. Ulland, A.B. Thorød og E. Ulland (Red.). *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. (S.223-230). Oslo: Universitetsforlaget.



- Kogstad, R. (2004). Vendepunkter – byggesteiner i bedringsprosessen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4/2004 (1), 41-49. Hentet fra: [https://www.idunn.no/tph/2004/04/vendepunkter\\_byggesteiner\\_i\\_bedringsprosessen](https://www.idunn.no/tph/2004/04/vendepunkter_byggesteiner_i_bedringsprosessen)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Liverød, S. R. (2019a, 22.april). Diagnostisert av Tor Åge Eikerapen [Blogginlegg]. Hentet fra: <https://www.webpsykologen.no/artikler/106-diagnostisert-av-tor-age-eikerapen/>
- Liverød, S. R. (2019b, 29.april). Pakkeforløp fra helvete [Blogginlegg]. Hentet fra: <https://www.webpsykologen.no/artikler/107-pakkeforlop-fra-helvete/>
- Magnussen, Jon. (2018, 11. oktober). Innsatsstyrt finansiering. Hentet fra [https://sml.snl.no/innsatsstyrt\\_finansiering](https://sml.snl.no/innsatsstyrt_finansiering)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nyseter, T. (2017) *Velferd på avveie*. Oslo: Res Publica.
- Rogan, T. (2011). Paradigmeskifte i psykisk helsearbeid. I A. J. W. Andersen & B. E. Karlsson (Red.). *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. (s. 230-243). Oslo: Universitetsforlaget.
- Talseth, S. & Godager, E. V. (2016). Selvhjelp – problemet som ressurs i egen endringsprosess? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer* (s. 174-183). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Topor, A. (2014) En annen profesjonalitet. I M. Borg & A. Topor. *Virksomme relasjoner*. (s. 54-78) Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Topor, A. (2015). Fra asosial til sosial psykiatri. I D. Ulland, A.B. Thorød og E. Ulland (Red.). *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. (S.240-248). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ulland, D. & Bertselsen, B. (2010). Kunnskapssyn og etikk i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2/2010 (7), 121-129. Hentet fra: <https://www.idunn.no/tph/2010/02/art06>

Williams, G. & Popay, J. (2001) Lay health knowledge and the concept of the lifeworld. I G. Scambler (Red.) *Habermas, critical theory and health* (s. 25-41). London and New York: Routledg

## **Del 3:**

### **Vedlegg**

**Vedlegg 1: Samtykkeskjema**

**Vedlegg 2: Mail for å rekruttere deltakere**

**Vedlegg 3: Intervjuguide**

**Vedlegg 4: Svar fra FEK**

**Vedlegg 5: Svar fra NSD**

**Line Kysnes Vennesland**

**Universitetet i Agder**

**Våren 2019**

# Vedlegg 1

## Forespørsel om å bli med i forskningsprosjekt:

### Behandlingsmodeller i BUP

Dette er en forespørsel til deg om å bli med i et forskningsprosjekt om behandlingsmodeller i BUP. Formålet med prosjektet er å finne ut av hvordan ansatte miljøterapeuter i BUP jobber med behandling av barn og unge. Prosjektet er en del av en masterstudie i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder.

#### Hva innebærer det å bli med i prosjektet?

Dersom du samtykker til å bli med vil det bli utført et kvalitativt dybdeintervju med deg på ca. 1-1,5 time. Vi vil ikke innhente eller lagre personopplysninger om deg utenom underskriften din på samtykkeskjemaet som vil bli oppbevart i et låsbart skap og kun er tilgjengelig for prosjektansvarlig. Disse slettes når prosjektet er avsluttet (innen utgangen av 2019). Dine svar vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket gjennom anonymisering slik at ingen kan spore informasjonen tilbake til deg. Du velger selv om og hva du vil svare på spørsmålene som blir stilt under intervjuet.

#### Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke ditt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen nederst på denne side. 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. Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av disse opplysningene til personvernombudet eller Datatilsynet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektansvarlig Line Kysnes Vennesland på telefon 90875943 eller på e-post [likven@sshf.no](mailto:likven@sshf.no).

På oppdrag fra Universitetet i Agder 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:

- Universitetet i Agder, ved veileder Inger Beate Larsen: [inger.b.larsen@uia.no](mailto:inger.b.larsen@uia.no).
- Vårt personvernombud, Ina Danielsen: [personvernombud@uia.no](mailto:personvernombud@uia.no).
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Jeg samtykker til å bli med i prosjektet «Behandlingsmodeller i BUP» frem til prosjektet avsluttes innen utgangen av 2019.

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## Vedlegg 2

### Mail til avdelingslederne

**Fra:** Line Kysnes Vennesland

**Sendt:** 29. oktober 2018 12:33

**Til:**

**Emne:** Deltakelse i masterprosjekt

Hei!

Jeg er masterstudent på Universitetet i Agder på studiet psykisk helsearbeid. Jeg skal i den forbindelse intervju ansatte i BUP angående hvordan de ansatte jobber med behandlingen av barn og unge sin psykiske helse. Prosjektet er godkjent av leder i BUP. Jeg har behov for 3 informanter fra din poliklinikk og lurer derfor om du kan sende denne ut til dine ansatte og at de som frivillig ønsker å delta kan ta kontakt med meg på [likven@sshf.no](mailto:likven@sshf.no) innen 15.november. Jeg er fleksibel på tidspunkt for gjennomføring av intervju (tar ca. en time) og vil komme dit dere er. Ta gjerne kontakt dersom det er noen spørsmål.

Vedlagt ligger samtykkeskjema med mer informasjon.

Mvh

*Line Kysnes Vennesland*

## Vedlegg 3

### Intervjuguide

- 1. Hvordan arbeider du med dine pasienter sin psykiske helse?**
- 2. Hvilke forhold opplever du har mest effekt i din behandling av pasientene sin psykiske helse?**

#### *Undertema: Medisiner og diagnoser*

- Hvordan bruker du medisiner og diagnoser som et hjelpemiddel i behandlingen av dine pasienter?

#### *Undertema: Recovery*

- Hvordan bruker du samarbeid og relasjon som et hjelpemiddel i behandlingen av barn og unges psykiske helse?
- Utfører du oppgaver som du tenker at andre ikke ville tenke at var innen ditt ansvarsområde i behandlingen av barn og unges psykiske helse?

#### *Undertema: Rammene*

- Hvordan tenker du at ledelsen ønsker at du skal arbeide i behandlingen av barn og unges psykiske helse?
- På hvilken måte tilrettelegger systemet for at du skal kunne behandle barn og unges psykiske helse?
- Hva tenker du kunne vært annerledes i ABUP for at din behandling av barn og unges psykiske helse skulle kunne være enda bedre?

## Vedlegg 4

### **Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt**

Godkjenner: Anne Valen-Sendstad Skisland

Tidspunkt for godkjenning: 17/09/2018 15:04:08

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner: 17/09/2018 15:04:03 - Anne Valen-Sendstad Skisland (Comments)

Hei FEK behandlet din søknad om etisk godkjenning i møte 17.09.18. Prosjektet godkjennes under forutsetning av anonymisering og godkjenning i NSD.

Med vennlig hilsen FEK, ved Anne Skisland.



## Vedlegg 5

### NSD sin vurdering

Prosjekttittel: Om behandlingsmodeller i BUP

Referansenummer: 731025

Registrert

13.09.2018 av Line Kysnes Vennesland - linev04@student.uia.no

Behandlingsansvarlig institusjon:

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat):

Inger Beate Larsen, inger.b.larsen@uia.no, tlf: 37233730

Type prosjekt: Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student:

Line Kysnes Vennesland, linevennesland@hotmail.com, tlf: 90875943

Prosjektperiode: 01.10.2018 - 31.12.2019

## Status

20.10.2018 - Vurdert

## Vurdering (1)

20.10.2018 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 20.10.18. Behandlingen kan starte.

## MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.19.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. Det er forutsatt at du supplerer informasjonsskrivet til utvalget med opplysninger om de registrertes rettigheter som: innsyn, retting, sletting og dataportabilitet.

### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp behandlingen ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av opplysningene.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kjersti Haugstvedt

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)