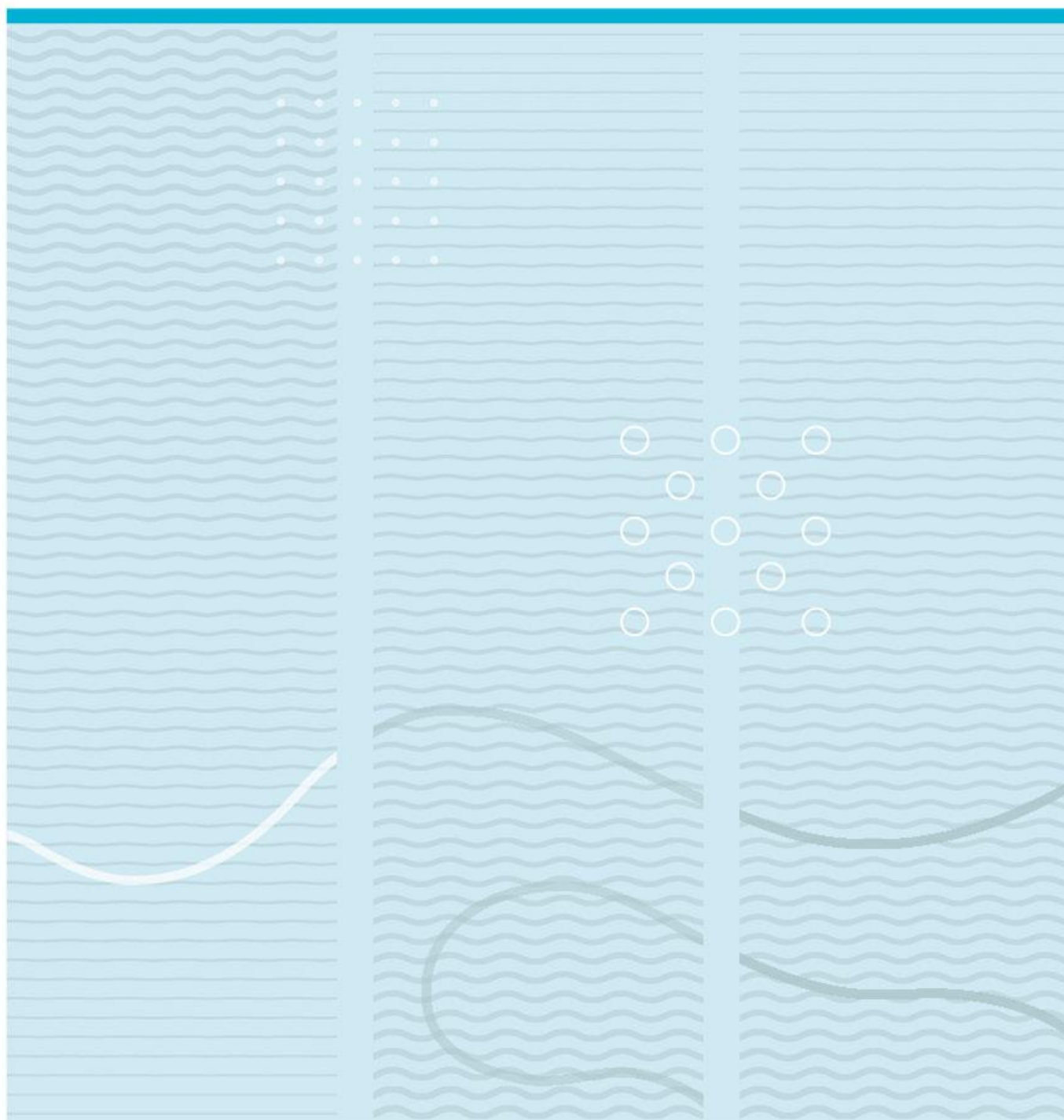


Brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien – helsepersonells opplevelser og erfaringer

Lise May Misfjord, kandidatnummer: 6022



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Lise May Misfjord

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn

Omtrent halvparten av psykiske lidelser hos voksne begynner i tenårene, og mye tyder på at tidlig behandling er viktig for sykdomsforløpet. Det rapporteres om en økning på 14 %, fra året før, av barn og unge som mottok psykisk helsehjelp i 2021, hvor den største økningen var blant aldersgruppen 13-15 år. Generelle mål for helsefremmende arbeid er økt livskvalitet og empowerment, hvor brukermedvirkning er en nøkkel i disse prosessene. Brukermedvirkning er en prosess hvor pasienten betraktes som en likeverdig partner, og pasientens erfaringer og synspunkter tas i betraktning. Brukermedvirkning kan føre til økt livskvalitet, empowerment og høyere kvalitet på behandlingen, og det vil derfor være viktig å utforske helsepersonell sine opplevelser og erfaringer med brukermedvirkning blant barn og unge.

Studiens mål

Å undersøke helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for, og arbeide med, brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien, med ungdom i alderen 12-16 år.

Metode

Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Det ble gjennomført åtte intervjuer med helsepersonell fordelt på tre fylker i Norge. Data ble innhentet med intervjuer over video, telefon og ansikt-til-ansikt. Det ble benyttet en åpen semistrukturert intervjuguide, og data ble innsamlet i perioden oktober-november 2022. Datamaterialet ble analysert med innholdsanalyse.

Resultater

I analysen ble det avdekket to hovedkategorier. Hovedkategori 1: Å tilrettelegge for brukermedvirkning på organisatorisk nivå, hadde to underkategorier: å tilrettelegge for trygge rammer for brukermedvirkning, og å tilrettelegge for at ungdommene og familiene blir i stand til å medvirke. Hovedkategori 2: å arbeide med brukermedvirkning, hadde tre underkategorier: å være den faglige part i arbeidet, å samarbeide med ungdommene, og å samarbeide med foreldrene. Resultatene viste at dannelsen av relasjon, tillit og trygghet var viktig. Brukermedvirkning innebar et stort ansvar, men opplevdes som grunnleggende for at behandling skulle kunne foregå. Brukermedvirkning innebar blant annet å inkludere ungdommene der det var mulig, skape en motivasjon og ansvarliggjøre ungdommene, hvor helsepersonells rolle var å veilede og støtte ungdommene underveis. Brukermedvirkning ble sett på som veien til empowerment, og det var

ungdommenes ønsker for behandlingen som drev behandlingen videre. Det var fokus på å involvere foreldrene i arbeidet, ettersom familiedynamikken var en del av ungdommenes utfordringer, og foreldrene ble sett på som en stor ressurs.

Konklusjon

Resultatene kan tyde på at helsepersonell arbeider godt med brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien, ettersom deres praksis samsvarer med teorier om hvordan en kan tilrettelegge for dette. Helsepersonell var positive til brukermedvirkningsarbeidet, noe som står i kontrast til eksisterende forskning på feltet. Dette kan tyde på at man er på vei bort fra de paternalistiske holdningene som eksisterende forskning mener er dominerende. Resultatene viste at det var ungdommene som sto i fokus og deres ønsker for behandlingen drev denne videre, men resultatene viste samtidig at de fleste avdelinger praktiserte at foreldrene hadde beslutningsmakten. Det vil være av interesse for videre forskning å undersøke foreldrenes innvirkning på behandlingen, ettersom de norsk lover som gir foreldrene rett til medvirkning og informasjon sto sterkt i behandlingen.

Abstract

Background

Approximately half of all mental disorders in adults start to develop during adolescence. Indications suggest that early treatment is crucial. Reports from 2021 indicate a 14% increase in mental health care and treatment for children and young people compared to 2020, with the highest increase seen among those aged 13-15. Health promotion initiatives aim to increase the quality of life and empowerment, with user involvement being a key factor in these processes. User involvement is a process where the patient is regarded as an equal partner, and their experiences and views are considered. User involvement can lead to improved quality of life, empowerment, and higher quality of treatment, and it will therefore be important to explore healthcare professional's experiences with user involvement among children and adolescents.

Objective

To investigate healthcare professional's experiences of facilitating, and working with, user involvement in adolescent psychiatry, with adolescents aged 12-16 years.

Method

The study follows a qualitative research design. Eight interviews were conducted with healthcare professionals distributed across three counties in Norway. Data was obtained with interviews over video, telephone and face-to-face. An open, semi-structured interview guide was used, and data was collected in the period October-November 2022. The data material was analyzed using contentanalysis.

Results

The analysis revealed two main categories. Main category 1: Facilitating user involvement at the organizational level, which consists of two subcategories: to facilitate a safe framework for user involvement, and to facilitate so that young people and their families will be able to participate. Main category 2: to work with user involvement, which includes three subcategories: being the professional part, to cooperate with the adolescent, and to cooperate with the parents. The results showed that the formation of relationship, trust and security was important. User involvement entailed a great responsibility but was perceived as fundamental for treatment to take place. User involvement entailed, among other things, to include the young people where possible, creating motivation and holding the young people accountable, where the role of healthcare professionals was to guide and support the young people along the way. User involvement was seen as the path to

empowerment, and the young people's wishes for the treatment drove it forward. There was a focus on involving the parents in the treatment, as family dynamics were part of the young people's challenges, and the parents were seen as a great resource.

Conclusion

The results may indicate that healthcare professionals work well with user involvement in adolescent psychiatry, since their practice corresponds with theories on how to facilitate this. Healthcare professionals took a positive view of user participation, which contrasts with existing research in the field. This may indicate that we are moving away from the paternalistic attitudes that existing research believes to be dominant. The results showed that it was the adolescents who were in focus, and their wishes for the treatment drove this further, but the results also showed that most clinics practiced that the parents had the decision-making power. Since the Norwegian laws that give parents the right to involvement and information in the treatment, stands strong, it will be of interest for further research to investigate the parents' impact on the treatment.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	4
Innholdsfortegnelse	6
Forord	8
1 Innledning	9
1.1 Studiens mål.....	12
2 Teori	13
2.1 Helsefremmende arbeid	13
2.2 Empowerment	13
2.3 Brukermedvirkning	15
2.4 Begrepet pasient versus bruker	18
2.5 Psykisk lidelse.....	19
2.6 Helsepersonell.....	19
2.7 Begrepene opplevelse og erfaring.....	19
2.8 Begrepet ungdom	20
2.9 Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og avdelinger	20
3 Kunnskapsstatus	21
3.1 Helsepersonells opplevelser og erfaringer i ungdomspsykiatrien	21
3.2 Helsepersonells opplevelser og erfaringer i voksenpsykiatrien.....	23
4 Metode	28
4.1 Valg av metode og vitenskapsteoretisk grunnlag	28
4.2 Valg av metode for innhenting av data	30
4.3 Rekrutteringsprosessen	31
4.4 Deltakerne	32
4.5 Intervjuguiden	33
4.6 Gjennomføring av individuelle kvalitative forskningsintervjuer.....	33
4.7 Analyse av datamaterialet.....	35
4.8 Forskerens forforståelse	37
4.9 Studiens kvalitet.....	38
4.9.1 Reliabilitet.....	38
4.9.2 Validitet.....	39
4.9.3 Overførbarhet	40
4.10 Studiens etiske overveielser.....	41

5	Resultater	43
5.1	Å tilrettelegge for brukermedvirkning på organisatorisk nivå.....	43
5.1.1	Å tilrettelegge for trygge rammer for brukermedvirkning.....	43
5.1.2	Å tilrettelegge for at ungdommene og familiene blir i stand til å medvirke.....	46
5.2	Å arbeide med brukermedvirkning	48
5.2.1	Å være den faglige parten i arbeidet	48
5.2.2	Å samarbeide med ungdommene.....	51
5.2.3	Å samarbeide med foreldrene	53
6	Diskusjon	56
7	Studiens styrker og svakheter	64
8	Konklusjon	67
	Referanseliste.....	69
	Vedlegg	74

Forord

Denne studien begynte som en nysgjerrighet på hvordan man kan arbeide med helsefremmende prosesser, i en setting jeg så det som utfordrende å få til, ettersom det var en av mine fordommer at ungdomspsykiatrien er bundet av regler og foreldrenes vilje. Jeg hadde ingen kjennskap til dette fagfeltet før jeg startet. Studien er etter beste evne utviklet og gjennomført slik at den er forståelig for andre, som heller ikke har kjennskap til dette spennende feltet.

Denne studien representerer avslutningen på et fire år langt studieløp i helsefremmende arbeid, og har bidratt til en større forståelse av hva helsefremmende arbeid er. Jeg har til venner og familie beskrevet det som en dannelsesreise, ettersom dette fagfeltet utfordrer normene for hva helse er.

Det har vært noen krevende år med fullt arbeid, COVID-19 pandemien og masterstudie, men absolutt verdt det. Et arbeid som ikke hadde vært mulig å gjennomføre uten all støtten den jeg har rundt meg. Derfor vil jeg rette en takk til alle som har bidratt og støtte underveis i prosessen. De jeg aller først vil takke er deltakerne, uten dere ville det ikke blitt noe studie. Deres bidrag har vært uvurderlig og bidratt til at ny kunnskap har blitt fremskaffet. Takk for deres tid, og gode og hyggelige samtaler!

Tusen takk til prosjektansvarlig veileder Aud Johannessen for fantastisk god støtte underveis i hele prosjektet. Du har virkelig heiet meg fram i dette prosjektet, som noen ganger har virket uendelig stort, og ditt engasjement i arbeidet er enestående. Dine konstruktive tilbakemeldinger og refleksjoner har vært helt nødvendig i denne prosessen.

Takk til familie og venner som har støttet og oppmuntret meg i prosessen. Jeg gleder meg til å ha tid til å treffe dere oftere! Og ikke minst, tusen takk kjære samboer, som har holdt ut med meg i denne prosessen. Takk for din tålmodighet og støtte. Uten deg hadde prosessen blitt langt tyngre.

07.05.2023

Lise May Misfjord

1 Innledning

I helsefremmende arbeid er fokuset å forbedre helse, både gjennom å styrke enkeltindivider og gjennom arbeid med de sosiale, miljømessige og økonomiske forholdene som vil påvirke folkets helse (World Health Organization, 2021, s. 4). Ser man på brukermedvirkning i et helsefremmende perspektiv viser studier at brukermedvirkning fører til en styrket myndiggjøring, heretter kalt empowerment, hos pasienter (Castro et al., 2016; Fumagalli et al., 2015; Jørgensen & Rendtorff, 2018; Tambuyzer et al., 2014). Individuell empowerment innebærer at individet blir i stand til å øke kontroll over egen helse, hvor Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer det som: *“individets evne til å ta beslutninger og ha kontroll over sine personlige valg for egen helse”* (World Health Organization, 2021, s. 14).

Brukermedvirkning har vært et viktig satsingsområde siden samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 i Norge, hvor et av hovedgrepene var økt brukermedvirkning (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 14). Samhandlingsreformens mål er å øke brukerens makt og medvirkning slik at den blir mere reell (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 47), hvor målet er at brukere og pasienter skal få: rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 1). I samhandlingsreformen legges det vekt på en mere holistisk tenkning hvor pasientens hensyn, og integritet, skal legges til grunne for tjenesteytelsen, hvor medbestemmelse og medvirkning ses på som helt essensielt (St.Meld. nr. 47 (2008-2009), s. 51).

Brukermedvirkning kan fører til økt tilfredshet og forbedret livskvalitet (Castro et al., 2016; Halvorsen et al., 2020; Tambuyzer et al., 2014; Wahlin, 2017), og det kan forebygge re-innleggelse til psykiatrisk behandling (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020), samt føre til en bedre recoveryprosess (Jørgensen & Rendtorff, 2018; Storm & Edwards, 2013; Tambuyzer et al., 2014).

I Norge er pasienters rett til medvirkning ivaretatt i Pasient- og brukerrettighetsloven:

“Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, [...], ved valg mellom tilgjengelig og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Det skal legges stor vekt på hva pasienten mener, og tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). For barn og

unge presiserer loven at: *''Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet''*(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Er barnet fylt 12 år skal det legges stor vekt på hva barnet mener (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-4).

Pasientens nærmeste pårørende har rett til medvirkning sammen med pasienten dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 4-4) har foreldrene rett til å medvirke og samtykke til helsehjelp for barn under 16 år, men dette gjelder allikevel ikke for barn mellom 12 og 16 år, når det kommer til forhold som reguleres av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-4), hvor det av grunner som bør respekteres, eller tungtveiende hensyn til pasienten tilsier, at informasjon ikke skal gis til foreldre, uavhengig av pasientens alder (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3, 4-4). Videre viser denne loven til at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret uansett skal gis dersom pasienten er under 18 år, og pasienten skal informeres om det som deles.

Fokus på ungdoms psykiske helse og ungdomspsykiatrien er viktig ettersom omtrent halvparten av alle mentale lidelser hos voksne begynner i tenårene (Jones, 2013; Kessler et al., 2007). Jones (2013) viste i sin studie at depresjon og angst ofte begynte før og under puberteten. Dette understøttes av Kessler et al. (2007) som kom fram til at spesielt impuls kontroll lidelser og angst lidelser oppstår i midten av tenårene, hvor unge med disse lidelsene hadde større sannsynlighet for å utvikle andre psykiske lidelser, samt rusmisbruk. Mye kan tyde på at tidlig behandling kan forhindre alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen, og at andre sekundære psykiske lidelser oppstår (Kessler et al., 2007).

Ungdata-undersøkelsene (lokale barne- og ungdomsundersøkelser) hvor skoleelever over hele landet svarer på spørsmål om hva de driver med på fritiden og hvordan de har det, sendes ut hvert år (Ungdata, 2023). Ungdata-undersøkelsen omfatter 5-7 klasse, ungdomstrinnet og videregående opplæring. Fra 2010 har 915 000 ungdommer fra store deler av landet deltatt i undersøkelsen, og Ungdata-undersøkelsen kan dermed gi en god oversikt, og innblikk i, hvordan det er å være ung i Norge (Ungdata, 2023). Ungdata-undersøkelsene de siste ti årene har vist en økt rapporteringen av psykiske helseplager blant unge, med størst økning blant jenter (Ungdata, 2020). Siste undersøkelse fra hele landet viste at andelen unge som rapporterer om psykiske helseplager de siste syv dagene var på 17 %, hvor 10% oppgir å ha brukt psykolog (Ungdata, 2020). Generelt viste undersøkelsen at de psykiske helseplagene økte markant fra barneårene fram til midten av tenårene. Disse dataene gir

ikke en oversikt over hvor mange som har mottatt psykisk helsehjelp, men rapporterer om generelle psykiske helseplager. Denne undersøkelsen kan tyde på at stadig flere unge sliter med psykiske hverdagsproblemer.

Denne økningen av psykiske helseplager understøttes i rapportene "aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge" fra norsk pasientregister, ved Helsedirektoratet, som viser en økning på 5 % de siste årene av andelen barn og unge som mottok psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet, 2022), unntatt rapporten for 2021, hvor økningen var på 14 % fra året før (Bremnes & Indergård, 2022, s. 5). I rapporten fra 2021 kommer det fram at nesten 65 000 barn og unge mottok psykiatrisk behandling. Denne økningen påpekes det kan knyttes til den ekstraordinære situasjonen rundt COVID-19 pandemien. Jenter henvises i størst grad grunnet mistanke om depresjon eller angstlidelser, og gutter hovedsakelig for mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) (Bremnes & Indergård, 2022, s. 5). I aldersgruppen 16-17 år var det en økning av psykiske helseplager på 18 %, mens den største økningen var blant alderen 13-15 år, med hele 23% fra året før, som var tilnærmet likt fordelt mellom jenter og gutter (Bremnes & Indergård, 2022, s. 10).

Årlig sender Helse- og omsorgsdepartementet ut oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene med krav til hva som skal fokuseres på og utføres i året som kommer. Oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst 2022 krevde at det skulle utarbeides en ny opptrappingsplan for helseforetaket som blant annet skulle sikre økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 4). I denne planen skal det satses på å øke tilbudene til barn og unge, spesielt de med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser, samt å styrke de distriktskykiatriske sentrene. Dette videreføres i oppdragsdokumentet for Helse Sør-Øst 2023 (s. 4), hvor det skal fokuseres på å styrke tilbudet inne psykisk helse, både de helsefremmende og forebyggende tiltakene, lavterskel tilbudene i kommunen, og de spesialiserte behandlingstilbudene i spesialisthelsetjenesten. Det skal legges særlig vekt på å styrke tilbudet til barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023, s. 4).

På bakgrunn av disse målene, lovverket om brukermedvirkning, og den kjennskapen vi har til bedringsporsesser i et helsefremmende perspektiv, er hensikten med denne studien å undersøke helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for, og arbeide med, brukermedvirkning blant ungdom i alderen 12-16 år, som er under psykiatrisk behandling, i et helsefremmende perspektiv.

1.1 Studiens mål

Å undersøke helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for, og arbeide med, brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien, med ungdom i alderen 12-16 år.

2 Teori

2.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid defineres som *“en prosess hvor en gjør det mulig for folk å øke kontrollen over og forbedre sin helse”* (World Health Organization, 2021, s. 4). Helsefremmende arbeid handler om å tilrettelegge for tiltak som styrker ferdighetene og evnene til enkeltindivider, men også handlinger rettet mot å endre sosiale, miljømessige og økonomiske determinanter for helse i positiv retning (World Health Organization, 2021, s. 4). Helsefremmende arbeid innebærer informasjons- og opplysningsarbeid om helse til befolkningen, arbeid med å forbedre befolkningens livsferdigheter, og øke befolkningens tilgjengelige alternativer til å kunne øke kontroll over egen helse og omgivelser (World Health Organization, 1986).

Tengland (2007) argumenterer for at det generelle ultimate mål for helsefremmende arbeid er livskvalitet, men arbeidet med livskvalitet må være helserelevant. Tengland (2007) argumenterer videre for at empowerment er et mål for helsefremmende arbeid ettersom det kan føre til helserelevant livskvalitet (følelsen av well-being og oppnåelsen av ønsker for livet) og helserelevant velferd (enhver faktor som bidrar til en persons livskvalitet enten internt, som gjennom utvikling av kunnskaper og ferdigheter, eller eksternt, som skolesystemet og politi).

2.2 Empowerment

“I helsefremmende arbeid er empowerment en prosess der folk får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker helsen deres” (World Health Organization, 2021, s. 15).

Empowerment oppstår når individer og/eller grupper får muligheten til å uttrykke sine behov og bekymringer gjennom involvering i beslutningsprosesser, og inkludering i å samskape politikken og tjenestene som påvirker, samt tjener, lokalsamfunnet deres, gjennom sosiale, kulturelle, psykologiske og politiske prosesser (World Health Organization, 2021, s. 15). Gjennom en empowerment prosess hevdes det at folk ser en nærmere sammenheng mellom deres mål i livet og følelsene av hvordan man oppnår dem (World Health Organization, 2021, s. 15).

Tengland (2007) beskriver empowerment som et mål og som en prosess for å nå disse målene, som inneholder elementer av velferd, helse og livskvalitet. Målene for empowerment innehar to

hoveddeler: kontroll (over eget liv, egen helse) og individuelle spesifikke mentale eller interne ressurser som kan bidra til større kontroll (kunnskap, selvtillit, troen på egen mestringsevne, selvfølelse og autonomi) (Tengland, 2007). Castro et al. (2016) påpekte at empowerment handler om en pasientsentrert tilnærming som utvikler ferdigheter, kunnskaper og holdninger hos pasientene, slik at de innehar det de trenger for å kunne ta egne valg. Videre trakk de fram at det handler om en samskaping av kunnskap mellom helsepersonell og pasient. Fumagalli et al. (2015, s. 390) definerte pasientempowerment slik:

''Pasientempowerment er tilegnelsen av motivasjon (selvbevissthet og holdning gjennom engasjement) og evner (ferdigheter og kunnskap gjennom aktivisering) som pasienter kan bruke til å bli involvert eller til å delta i beslutningstaking, og dermed skape muligheten for høyere nivå av makt i forholdet med profesjonelle''

Arbeidet med empowerment som en prosess innebærer å gi fra seg eller minimere sin profesjonelle makt, hvor det handler om at problemet, hvordan løse problemet og handlingen som skal løse problemet kommer fra pasienten, hvor den profesjonelle tilrettelegger for denne prosessen (Tengland, 2007). Det handler om å forsøke å forstå personens syn på verden, brukermedvirkning og en tolerant og respektfull holdning, hvor det legges særlig vekt på autonomi og medvirkning (Tengland, 2007). Ifølge definisjonen til Fumagalli et al. (2015) handler det om å skape prosessen i pasienten slik at pasienten blir motivert, og erverver seg kunnskaper, og ferdigheter, til at bli i stand til å delta aktivt i beslutningstaking.

Tengland (2008) argumenterer for at empowerment som en prosess innebærer å øke en persons kunnskaper, troen på egen mestringsevne, selvtillit, selvfølelse, autonomi, frihet og helse. Empowerment prosesser innebærer også personlig endring, selvrefleksjon og er en transformasjon av bevisstheten, hvor brukerens kunnskaper om sin egen situasjon er grunnleggende (Halvorsen et al., 2020). Det er bred enighet om at empowerment kan føre til forbedret livskvalitet (Castro et al., 2016; Finfgeld, 2004; Halvorsen et al., 2020; Tambuyzer et al., 2014), samt bidra til bedre mental helse og well-being (Grealish et al., 2016). Det kan føre til håp for fremtiden, følelsen av trygghet og en følelse av tilknytning (Halvorsen et al., 2020). Den profesjonelle kan fasilitere empowerment prosesser gjennom å lage et miljø og situasjoner som oppmuntrer, og muliggjør, ønsket relasjonell endring hos målpersonen, og jo mer den profesjonelle part lar være opp til målpersonen, jo sterkere grad av empowerment kan oppstå (Tengland, 2008).

For at det skal skje en maktoverføring fra den profesjonelle til målpersonen må personen selv ta ansvar og velge å ta imot mulighetene som gis til å øke sin makt (Tengland, 2008). Wahlin (2017) trakk fram at motivasjon og vilje hos pasienten var helt essensielt for at en empowerment prosess kunne finne sted, ettersom empowerment ikke er noe som kan gis eller overføres fra personalet til pasienten, da det ikke er mulig å empowere en annen person dersom denne ikke ønsker det. Dette støttes av Finfgeld (2004), som også la vekt på at det er klienten som er ansvarlig for å empowere seg selv.

Sentralt i en empowermentprosess står tillit, respekt og medvirkning (Halvorsen et al., 2020). Som Rappaport allerede poengterte i 1987, så vil de som medvirker i avgjørelser og aktiviteter, som er meningsfulle for dem, være mer sannsynlig til å bli empowered. Castro et al. (2016, s. 1931) oppsummerte forholdet mellom medvirkning og empowerment på følgende måte:

''Pasientmedvirkning kan bli sett på som en strategi for å oppnå en pasientsentrert behandling som kan føre til pasientempowerment''. Tambuyzer og Van Audenhove (2015) påpekte i sin studie at empowerment er signifikant positivt korrelert til opplevd brukermedvirkning og tilfredshet ved behandlingen, ettersom de med høy grad av involvering hadde økt sannsynlighet for å score høyt på empowerment. Dette støttes av Fumagalli et al. (2015), som fant at involvering av pasienter var forutgående for pasientempowerment, og en effekt av pasientempowerment, som gjensidig forsterker hverandre, ettersom økt involvering gir økt empowerment, som igjen gir økte muligheter for involvering.

Det er med dette stor enighet i feltet om at brukermedvirkning er en essensiell forutsetning for at empowermentprosesser skal kunne oppstå (Castro et al., 2016; Fumagalli et al., 2015; Halvorsen et al., 2020; Rappaport, 1987; Tambuyzer & Van Audenhove, 2015; Tveiten et al., 2011). Castro et al. (2016) hevder også at det umulig å promotere pasientempowerment i behandlingen uten at medvirkning finner sted, hvor helsepersonell kan bidra ved å involvere pasienten i avgjørelser som påvirker deres livskvalitet.

2.3 Brukermedvirkning

Studier trekker fram at begrepene involvering, medvirkning, brukermedvirkning, brukerinvolvering, pasientmedvirkning og pasientinvolvering brukes synonymt og om hverandre for å beskrive pasientens aktive rolle i behandlingen (Castro et al., 2016; Fumagalli et al., 2015; Jørgensen & Rendtorff, 2018; Kortteisto et al., 2018; Tambuyzer et al., 2014). I denne studien vil begrepet brukermedvirkning benyttes gjennom hele studien, med unntak av siteringer.

Brukermedvirkning er en prosess som innebærer at brukerne betraktes som likeverdige partnere i diskusjoner og beslutninger som angår dem (Helsedirektoratet, 2017). Det handler om den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt individuelle tilbud, noe som innebærer at brukerens erfaringer og synspunkter tas i betraktning ved utformingen av helsetjenestene (Bahus, 2022). Videre påpeker Bahus (2022) at brukermedvirkning er et samarbeid mellom bruker og fagperson, hvor det tilstrebes å sikre at brukeren blir sett og respektert, noe som kan minimere følelsen av hjelpeløshet i møtet med helse- og omsorgstjenestene. Brukermedvirkning er også et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2017), noe som støttes av forskning på feltet som har kommet fram til at brukermedvirkning kan føre til økt kvalitet på behandlingen (Tambuyzer et al., 2014), samt økt pasientsikkerhet (Castro et al., 2016).

Arnstein (1969/2019) presenterer en åtte-trinns modell for medvirkning (fra manipulasjon til borgerkontroll), og advarer mot å pakke medvirkning inn i nivåene som fortsatt holder makten tilbake hos maktinnehaverne. For det må en redistribusjon av makt til for at medvirkningen skal være reel, og ikke bare en tom prosess (Arnstein, 1969/2019). Hickey og Kipping (1998) presenterer et medvirknings kontinuum, som består av fire trinn: informasjon, konsultasjon, partnerskap og brukerkontroll. Hvor brukeren beveger seg fra å være passiv mottaker av informasjon til å ha full kontroll på behandlingen, hvor makten er flyttet over på brukeren. Brukermedvirkning deles i to tilnærminger: forbrukertilnærmingen (trinn 1-2), hvor målet er å øke antall valg brukeren har tilgjengelig i behandlingen, og demokratiseringstilnærmingen (trinn 3-4), hvor brukeren involveres i beslutningstakingsprosessen og makt flyttes over til brukeren (Hickey & Kipping, 1998).

Tambuyzer et al. (2014) fremhevet at brukermedvirkning må skreddersys til den enkelte målgruppen (individ/gruppe) og kontekst, ettersom det som fungerer empowering hos en pasient kan være dis-empowering for en annen pasient. De utførte en litteraturstudie av 45 definisjoner av brukermedvirkning (og dets synonymt brukte begreper), og kom fram til følgende definisjon:

“Pasientmedvirkning i psykisk helsevern betyr involvering i beslutningsprosesser og aktiv deltakelse i en rekke aktiviteter (f.eks. planlegging, evaluering, omsorg, forskning, opplæring, rekruttering) med utgangspunkt i pasienten som ekspert, i samarbeid med og som likeverdige samarbeidspartnere med, fagpersoner” (Tambuyzer et al., 2014, s. 142).

I deres holistisk modell av brukermedvirkning, trekker de fram faktorer som påvirker involveringen av pasienter som: kommunikasjons og informasjonstilbudet rettet mot pasient, helsepersonells holdninger til brukermedvirkning, finansielle ressurser, tiden tilgjengelig, opplæring og støtte for alle involverte parter, tilgjengeligheten av arenaer for involvering og de juridiske rammer og lovverk (Tambuyzer et al., 2014). Castro et al. (2016) påpekte at for å få til en vellykket brukermedvirkning må det utdanne og støtte til for både helsepersonell og pasienter, ettersom begge grupper trenger de riktige ferdighetene, kunnskapene og holdningene. Hickey og Kipping (1998) poengterte at det må en forpliktelse til fra ledelsens side, slik at personalet har nok ressurser og makt til å utøve brukermedvirkning, noe som støttes av Castro et al (2016), som påpekte at det kreves tilretteleggelse fra ledelsens side, nok ressurser og et støttende miljø, for at vellykket brukermedvirkning skal finne sted.

Brukermedvirkning innebærer en overføring av kompetanse, ansvar og bevissthet fra helsepersonell til pasient, hvor det handler om å smalne inn kompetansegapet dem imellom, og det skjer en maktoverføring til pasienten (Fumagalli et al., 2015). Det handler om å utlevere informasjon på en forståelig, tilpasset og meningsfull måte, en aktiv involvering av pasienter i aktiviteter på forskjellige nivåer i beslutningstakingsprosessen, og skapelsen av et samarbeid med pasienten, hvor denne anses som ekspert på seg selv (Castro et al., 2016).

Tambuyzer et al. (2014) kom fram til at vellykket brukermedvirkning fører til økt pasient empowerment, økt tilfredshet, bedre helse, økt tilgjengelighet av helsetjenester, økt kvalitet på behandlingen, som til sammen kan gi økt livskvalitet. Dette understøttes også av Castro et al. (2016), som også trekker fram at det kan føre til økt sikkerhet for pasienten. Jørgensen og Rendtorff (2018) fremhevet at medvirkning i behandlingen også kan bidra til en bedre forståelse av pasientene som unike individer, og forventes å resultere i en bedre recovery prosess. Dette støttes av Storm og Edwards (2013) som fremhevet at brukermedvirkning var fundamentalt for pasientens recovery. Recovery blir beskrevet av Anthony (1993) som en personlig prosess hvor en forandrer sine holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter, og roller i livet. Recovery handler om å utvikle ny mening og formål i livet, som går på utsiden av den psykiske lidelsen (Anthony, 1993), og er en prosess hvor man aksepterer at man ikke blir frisk fra den psykiske lidelsen, men lærer seg å leve med den (Davidson & Roe, 2007).

Tambuyzer et al. (2014) understreket at ikke alle pasienter ønsket å ha full kontroll over sin egen behandling, enten fordi pasienten var akutt syk, av ung alder, eller ønsket at beslutningstakingen

skulle være opp til de profesjonelle. Dette er også noe Hickey og Kipping (1998) poengterte, hvor de også trakk fram at det vil være situasjoner hvor det ikke er forsvarlig at brukeren utøver full brukermedvirkning. Dermed vil noen brukere ved enkelte steder i behandlingen ikke være i stand til å bevege seg oppover medvirkningskontinuumet, men blir værende på de lavere trinnene til de er i stand til å medvirke (Hickey & Kipping, 1998).

Bjønness, Viksveen, et al. (2020) understreket at selve strukturen i psykiatrien virker hemmende på brukermedvirkningen. Dette støttes av Tveiten et al. (2011) som påpekte at psykiatriens systemiske regler og reguleringer ofte oppfattes som paternalistiske og til hinder for brukermedvirkning. Som Breeze allerede poengterte i 1998 så må man vise forsiktighet ved bruk av paternalistiske holdninger. Paternalisme i psykisk helsevern innebærer at sykepleieren vet hva som er best for pasientene, pasientene har ingen reelle valg og deres meninger blir ikke hørt (Breeze, 1998). Brukermedvirkning bidrar til å utjevne maktbalansen mellom ungdom og helsepersonell (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020), og brukermedvirkning som en modell representerer en viktig motpart som utfordrer paternalismen og de klassiske medisinske modellene (Storm & Edwards, 2013). Dette støttes av Jørgensen og Rendtorff (2018) som fremhevet at pasienter som tok en aktiv rolle i behandlingen var med på å utfordre paternalistiske holdninger i retningen av en mer holistisk tilnærming.

2.4 Begrepet pasient versus bruker

Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 a. definerer en pasient som: *“en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.”* Hvor helsehjelp defineres som: *“handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell”* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3 c).

Helsedirektoratet (2017) definerer en bruker som: *“en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form”*. Begrepet defineres nærmere av Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 f: *“en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp.”*

Det vil i denne studien brukes begrepet pasient fremfor bruker ettersom deltakerne arbeider i spesialisthelsetjenesten med ungdom som mottar helsehjelp. Benevnelsen ungdom vil allikevel

benyttes i resultatene, diskusjonen og konklusjonen, fremfor begrepet pasient, ettersom det i eksisterende litteratur blir benyttet ungdom for pasienter i denne aldersgruppen, og ettersom de fleste av deltakerne i denne studien bruker begrepet ungdom. Ved presentasjon av relevant teori og kunnskapsstatusen på feltet, er det valgt å benytte den benevnelsen artikkelen referert til benytter.

2.5 Psykisk lidelse

Psykisk lidelse er definert som: *''en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser''* (Malt & Aslaksen, 2022). Samlebetegnelsen er omfattende og dekker et vidt spekter av tilstander, hvor årsakene til den psykiske lidelsen er sammensatt, og ofte en kombinasjon av miljø og arv (Malt & Aslaksen, 2022).

Gjennom oppgaven er det brukt benevnelsen psykisk lidelse, men ved presentasjon av resultatene, samt i diskusjonen, er det beholdt den benevnelsen som deltakerne har benyttet når de snakker om ungdommenes utfordringer, hvor strev har vært den dominerende benevnelsen.

2.6 Helsepersonell

Med helsepersonell menes personell med autorisasjon eller lisens, personell i helse- og omsorgstjenesten eller i apotek som utfører handlinger relatert til helse, og elever eller studenter som i forbindelsen med helsefaglig opplæring utfører handlinger relatert til helse (Helsepersonelloven, 1999, § 3-9). Helsepersonellet i denne studien begrenses av inklusjonskriteriene som beskrevet i kapittel 4.3.

Det vil i denne studien benyttes begrepet helsepersonell med unntak av når det presenteres fra artikler, dokumenter og annen litteratur, hvor deres originale benevnelse vil benyttes.

2.7 Begrepene opplevelse og erfaring

Opplevelse er definert som: *''innholdet av en persons subjektive erfaringer, av ytre sansepåvirkning (persepsjon), emosjonell tilstand (følelse), tankeprosess, motivasjon og annet''* (Store norske leksikon, 2020).

Erfaring defineres som: *''en fellesbetegnelse på den informasjon individet erverver gjennom sansing og handling''* (Store norske leksikon, 2021).

2.8 Begrepet ungdom

Det eksisterer ingen klare grenser mellom barn og ungdom, men puberteten (10-17 årsalder) regnes som et viktig skille for den enkelt, og psykologisk sett representerer ungdomstiden en utvikling fra barn til voksen (Tønnesson & Svartdal, 2021). Grensen mot voksenlivet er også flytende, men rettslig går grensen for voksenlivet ved fylte 18 år (Tønnesson & Svartdal, 2021).

2.9 Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og avdelinger

Barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (BUPA) tilbyr diagnostisering, utredning og behandling av en rekke psykiske lidelser hos barn og unge i alderen 0-18 år (Oslo kommune, 2022). De forskjellige barne- og ungdomspsykiatriske avdelingene i Oslo kan tenkes representative for avdelingene i Norge. Disse BUPA avdelingene består av poliklinikker og avdelinger med inneliggende pasienter (både akutt og langtids behandling), og tilbyr et pakkeforløp med en helhetlig tilnærming, med en inkludering av både pasient og pårørende (Akershus Universitetssykehus, 2022; Oslo universitetssykehus, 2022). De samarbeider med kommunale instanser og arbeider tverrfaglig slik at de kan tilby et helhetlig behandlingstilbud til pasientene (Akershus Universitetssykehus, 2022; Oslo universitetssykehus, 2022).

For å opprettholde deltakernes konfidensialitet, vil det i denne studien benyttes begrepet avdeling. Dette uavhengig av om det er snakk om en poliklinikk eller avdeling med inneliggende pasienter, med unntak ved beskrivelse av rekrutteringsprosessen, og ved studiens styrker og svakheter.

3 Kunnskapsstatus

I dette kapittelet presenteres forskning på feltet omhandlende helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for, og arbeide med, brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien, med ungdom i alderen 12-16 år. Ettersom det ble funnet lite forskning innenfor dette feltet vil også forskning på brukermedvirkning i psykiatrien generelt presenteres.

3.1 Helsepersonells opplevelser og erfaringer i ungdomspsykiatrien

I en studie av LeFrançois (2008) kom det fram at behandlerne var bekymret for å miste kontrollen over situasjoner dersom ungdommene fikk eksperimentere med beslutningstaking. Studien viste også at behandlerne mente at barrierer til brukermedvirkning lå i ungdommene selv, som alder, modenhet, diagnose, mangel på kunnskap, medisiner og behov for trygghet. Videre ble det påpekt at det opplevdes som vanskelig for behandlerne å bedømme ungdommenes evner til å medvirke i behandlingen som en følge av medisineringen, og at ungdommene ofte ble sett på som inhabile til å medvirke. Ungdommenes behov for trygghet ble brukt som et argument for å rettferdiggjøre at de ikke lot dem få si sin mening, uten at den enkelte ungdom ble risikovurdert, og det ble dermed brukt for å begrense og kontrollere ungdommenes stemme, noe som bidro til å utøve makt overfor ungdommene (LeFrançois, 2008).

Ungdommene ble lite inkludert i møter, og det ble anerkjent av behandlerne at ungdommene opplevde det som overveldende å delta, samt at de manglet selvtilliten, uten at det fremkom noen refleksjon rundt hvordan møtene kunne endres slik at ungdommene følte seg komfortable til deltakelse (LeFrançois, 2008). Behandlerne tok avgjørelser på vegne av ungdommene og begrunnet dette i ungdommenes trygghet, deres beste interesser og manglende modenhet, uavhengig av om de ble vurdert som kompetente til å ta avgjørelser eller ikke (LeFrançois, 2008).

Studien viste også at det førte til usikkerhet blant behandleren dersom ungdommene ønsket å endre sammensetningen av behandlingsteamet, og derfor var dette noe som sjeldent ble gjort (LeFrançois, 2008). Behandlingsteamene ble satt samme for å fungere godt dem imellom, ikke med tanke på kjemien mellom ungdommene og behandleren, og det ble sett på som manipulasjon fra ungdommenes side dersom denne ønsket å gjøre endringer i behandlingsteamet sitt (LeFrançois, 2008). Dette står i kontrast til en studie som fant at personalet generelt hadde en positiv holdning til brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien, og påpekte at brukerne burde involveres både i planleggingen og i gjennomføringen av behandlingstiltakene (Richter et al., 2009).

Bjønness, Viksveen et al. (2020) kom fram til at helsepersonell så på brukermedvirkning som en relasjon og det å ha omsorg for individet. Studien trakk fram viktigheten av nok tid til å etablere et godt forhold til ungdommene, noe som var helt nødvendig for at ungdommene skulle føle seg trygge nok til å medvirke. Deltakerne i studien opplevde at ungdommene ofte var sårbare og trang lang tid før de var i stand til å delta i beslutningstakingen.

Brukermedvirkning ble beskrevet som å involvere og utfordre ungdommene til å bli ‘‘kaptein i deres eget skip’’ (Bjønness, Viksveen, et al., 2020). Helsepersonellet opplevde at dersom de fokuserte på å finne ut hva ungdommene ønsket for behandlingen, klargjøre forventninger, og danne en felles forståelse av behandlingsmålene tidlig, og i forkant av behandlingsforløpet, reduserte det problemet med manglende motivasjon og ufrivillig innleggelse hos ungdommene (Bjønness, Viksveen, et al., 2020). Uten en felles forståelse av behandlingsmålene opplevde de at ungdommene og de jobbet mot hverandre, uansett hvor gode intensjoner og ideer helsepersonellet hadde (Bjønness, Viksveen, et al., 2020).

Videre ble det påpekt av Bjønness, Viksveen et al. (2020) at helsepersonell opplevde å mangle tid i arbeidet med brukermedvirkning. Utarbeidelse av behandlingsplanen var tidkrevende, og de opplevde et økende press på å oppnå behandlingsmålene raskest mulig. Det var et økt fokus på korte sykehusopphold, diagnostisering og utarbeidelse av behandlingsplaner, og på grunn av begrensede ressurser var det ikke mulig å tilby alle ungdommene individuell tilpasning i behandlingen. Det ble fremhevet at ungdommene ofte hadde komplekse behov, noe som gjorde det vanskelig å forhåndsdefinere behandlingsforløpene (Bjønness, Viksveen, et al., 2020). På bakgrunn av dette trekker deltakerne i denne studien fram at de ofte måtte gå på utsiden av de standardiserte behandlingsformene for å nå behandlingsmålene, noe enkelte deltakere opplevde som utfordrende, mens andre mente det styrket deres profesjonalitet.

Videre påpekes det i denne studien at møter ble beskrevet som viktige arenaer for beslutningstaking og det ble ansett som den beste praksis å invitere ungdommene til å delta i disse møtene. I tillegg ble viktigheten av å endre møtekulturen slik at ungdommene følte seg trygge til å delta, og dermed muliggjøre medvirkning, understreket som viktig i denne studien (Bjønness, Viksveen, et al., 2020).

Bjønness, Viksveen et al. (2020) kom fram til at en høy grad av brukermedvirkning var lettere å oppnå i de tilfeller hvor ungdommen hadde en familie og et sosialt nettverk. Deltakerne i studien

var bekymret for hva som kunne skje når foreldrene ikke lenger var en del av ungdommens behandling, og opplevde ofte at de arbeidet midt mellom psykiatrisk behandling og barnevernsarbeid.

I studien til Bjønness, Viksveen, et al. (2020) understreket de også at brukermedvirkning i behandlingen har ført til at helsepersonellet må møte ungdommene med mer varme og omsorg, noe som kunne utfordre deres profesjonelle identitet, og det tok bort noe av deres ansvar for behandlingen. I denne studien ble det også konkludert med at uten en høyere grad av omsorgstilnærming var det mer sannsynlig at ungdommene motsatte seg behandlingen.

3.2 Helsepersonells opplevelser og erfaringer i voksenpsykiatrien

Kortteisto et al. (2018) kom fram til i sin studie at helsepersonells holdninger til brukermedvirkning generelt var positive, hvor de med lang erfaring innen psykiatrien, de som arbeidet poliklinisk og eldre helsepersonell var mer positive til dette arbeidet enn det motsatte. Liknende resultater understøttes også av Vandewalle et al. (2018). Brukermedvirkning ble sett på som motiverende, meningsfylt og viktig for utfallet av behandlingen, men arbeidet med brukermedvirkning i behandlingen var svært begrenset (Jansen & Hanssen, 2017). Jørgensen og Rendtorff (2018) påpekte at brukermedvirkning handlet om å danne et samarbeid med pasienten, hvor god kommunikasjon, og hvor man lytter til pasienten, var viktig. Det er anerkjent at god kommunikasjon kan lede til tillit, som igjen kan føre til vellykket brukermedvirkning (Goodwin & Happell, 2007). I en annen studie opplevde helsepersonell brukermedvirkningssamarbeidet som utfordrende og tidkrevende, ettersom det medførte at de måtte tilpasse seg til den enkelte pasients ressurser og behov, men også som gjensidig givende når utfallet var vellykket (Jørgensen & Rendtorff, 2018). Det ble også påpekt i en studie at deltakerne la vekt på tilpasning til brukerens individuelle ønsker og behov for behandlingen, selv om det innebar at brukeren ikke deltok i aktiviteter og møter, hvor brukermedvirkning ble sett på som en demokratisk rettighet (Elstad & Eide, 2009).

Det blir understreket i en studie at kunnskap var en essensiell forutsetning for å muliggjøre brukermedvirkning (Stomski & Morrison, 2017). Linhorst et al. (2002) påpekte at det bør legges vekt på å gi klienten informasjon om innholdet og konsekvensene av valgmulighetene de har, for at de skal kunne ta avgjørelser i behandlingen, og at informasjonen bør leveres på en måte som tar klientens kognitive evner til betraktning. Dette støttes av Goodwin og Happell (2007), som påpekte at informasjon må gis på en forståelig måte uten for mye medisinskfaglige begreper.

Mathisen et al. (2016) poengterte at helsepersonell så på seg selv som den som vet beste for pasienten, hvor aktiviteter i stor grad handlet om helsepersonellens rutiner, hvor det var lite fokus på å øke pasientenes autonomi og medvirkning. De observerte at helsepersonell utøvde makt overfor pasienten, hvor pasienten fikk en passiv rolle med få muligheter til medvirkning. Studien viste at dersom en pasient ikke ønsket å delta ble det ansett som å motsette seg behandling (Mathisen et al., 2016). Dette står i kontrast til Jørgensen et al. (2018), som kom fram til at deltakerne anerkjente brukeren som ekspert på seg selv, hvor det påpekes at alle brukere har kunnskaper og erfaringer som er viktig å ta med inn i behandlingen, ettersom det er brukeren som vet hva som kan hjelpe og hvordan de kan hjelpe, noe som er viktig i brukermedvirkningsarbeidet. Men som Goodwin og Happell (2007) poengterte så ligger noe av ansvaret hos brukeren, ettersom brukeren selv må ønske å medvirke i behandlingen.

Flere studier har påpekt at brukermedvirkning er et vagt definert begrep, noe som gjorde det vanskelig å utøve i praksis (Bee et al., 2015; Jansen & Hanssen, 2017; Jørgensen & Rendtorff, 2018). Dette sammen med manglende ressurser førte til et gap mellom den kliniske praksisen og den ideelle behandling, noe som kunne føre til moralsk stress hos psykiatriske sykepleiere (Jansen & Hanssen, 2017). Det var viktig å klargjøre hva brukermedvirkning innebar og i hvilken grad det var mulig å få til i behandlingen (Elstad & Eide, 2009). Jørgensen og Rendtorff (2018) poengterte at brukermedvirkningsarbeidet var preget av personlige perspektiver og tolkninger, noe som gjorde at arbeidet varierer.

En støttende ledelse var viktig i arbeidet med brukermedvirkning, noe som kunne føre til økt selvtillit og positive holdninger til videre arbeid med brukermedvirkning blant sykepleiere (Vandewalle et al., 2018). Linhorst et al. (2002) påpekte at organisasjonen må ha en kultur som fremmer empowerment slik at det er nok ressurser tilgjengelig for å kunne utføre brukermedvirkning, noe som støttes av Goodwin og Happell (2006), som poengterte at det må implementeres strategier som gir et behandlingsforløp med mulighet for genuin brukermedvirkningen. Jørgensen et al. (2018) kom fram til at sykepleierne manglet ressurser til å gjennomføre brukermedvirkning, ettersom det eksisterende presset på en mer effektiv behandling og færre sykehusplasser førte til at behandlingen bygget mer på evidensbasert kunnskap og helsepersonell som eksperter.

Rio et al. (2021) understreket i sin studie at psykiatriske sykepleiere hadde en bakgrunnsrolle i beslutningstakingsprosesser, og det var et stort fokus på risikovurdering av brukeren, hvor deltakerne opplevde for liten tid, og for få muligheter til å utøve brukermedvirkning. De uttrykte en frustrasjon over forventningene som ble stilt, uten at de hadde tid til å utøve dem (Rio et al., 2021). Jansen og Hanssen (2017) fremhevet at psykiatriske sykepleiere ofte opplevde de-mot-legen-situasjoner, hvor de ofte tok pasientens side, kjempet for deres rettigheter, fungerte som deres talsperson, og følte seg ansvarlige for å hjelpe dem til å ta del i beslutningstaking. Godwin og Happell (2007) påpekte at sykepleieren ofte var broen mellom brukeren, pårørende og legen. Mange av deltakerne i en studie av Bee et al. (2015) opplevde at involvering av brukere var svært komplekst, og krevde en endring i deres rolle som helsepersonell. Det påpekes i denne studien at brukermedvirkning ble sett på som vanskelig å få til i praksis ettersom det eksisterte en frykt blant helsepersonellet for konsekvensene dersom noe gikk galt med brukeren de hadde et ansvar for.

Linhorst et al. (2002) kom fram til i sin studie at deltakerne opplevde sykehusets systemer og strukturer som en hindring for brukermedvirkning, noe som støttes av Jørgensen et al. (2018), hvor organisasjonskulturen gjorde brukermedvirkning vanskelig å gjennomføre i praksis. Det hevdes at den paternalistiske tilnærmingen til behandling dominerer, ettersom det er blitt observert at samtaler dreide seg om diagnoser, symptomer og medisiner, hvor avgjørelser rundt behandlingen ble gjort av sykepleiere (Jørgensen et al., 2018). Særlig i de tilfeller hvor pasienten har alvorlig psykisk lidelse blir brukermedvirkning erstattet av en vurdering av hva som er til det beste for pasienten, noe som er med på å opprettholde paternalistiske holdninger (Solbjør et al., 2013). Jørgensen og Rendtorff (2018) fremhevet at det behøves en reform i psykiatrien fra paternalistiske holdninger, mot en mer holistisk kultur, og mener brukermedvirkning er gjenstand for denne reformen, noe som støttes av Bee et al. (2015).

Linhorst et al. (2002) poengterte at det var viktig at helsepersonell respekterer klientens evne til å planlegge behandlingen. Brukermedvirkning handler om å lytte til pasienten, gi dem rom til å uttrykke tanker og følelser, og samtidig sikre at de er rustet til å ta gode valg for seg selv (Jørgensen & Rendtorff, 2018). Solbjør et al. (2013) understreket i sin studie at det noen ganger innebar å dytte pasienten i riktig retning, selv om det gikk imot pasientens ønske der og da. De påpekte også at brukermedvirkning ble sett på som et viktig verktøy for å beholde pasientenes verdighet, men ikke når det gikk på bekostning av pasientens eget beste.

Solbjør et al. (2013) understreket også at både pasienter og helsepersonell opplevde brukermedvirkning som utfordrende i perioder hvor pasienten hadde sterke symptomer, ettersom symptomene kunne føre til et forvrengt verdensbilde, dårlig innsikt i egen situasjon, redusert evne til å samarbeide, og kommunikasjonen ble vanskeligere. Under disse periodene ble arbeidet med brukermedvirkning redusert til å gi støtte, råd, informasjon, og styrke pasientenes motivasjon og empowerment, slik at de ble i stand til å medvirke, og helsepersonellet forsøkte å ivareta pasientens beste interesser (Solbjør et al., 2013). Liknende resultater ble funnet av Linhorst et al. (2002) hvor det kom fram at alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen hindret klienten i å sette realistiske mål, prosessere informasjonen, og ta meningsfulle avgjørelser. Stomski og Morrison (2017) påpekte i sin studie at helsepersonell ofte tok kontroll over avgjørelser når de mente brukeren ikke var i stand til å ta avgjørelser til sitt eget beste, noe som støttes av Jørgensen og Rendtorff (2018), som også påpekte at pasientene da fikk en passiv rolle.

Bee et al. (2015) fremhevet at mange av deltakerne mente brukerne og omsorgspersonene bidro med uvurderlig, og ellers utilgjengelig informasjon, og opplevde det som positivt, samt viktig å involvere disse i beslutningstakingsprosesser. Goodwin og Happell (2007) understreket i sin studie at mange sykepleiere opplevde involvering av omsorgspersonene som helt essensielt for å kunne utøve nødvendige helsehjelp, samt for å kunne oppnå høy kvalitet i behandlingen. Men studien viste også at omsorgspersoners innblanding i behandlingen kunne være en vanskelig prosess, ettersom deltakerne opplevde at de hadde en tendens til å eskalere situasjoner i negativ retning. Goodwin og Happell (2006) påpekte i sin studie at deltakerne opplevde en interessekonflikt hvor det kunne være utfordrende å ta hensyn til omsorgspersonene, ettersom det var brukeren de hadde et ansvar for, de følte seg presset mellom partene, og ofte endte opp med å forhandle fram løsninger.

Bee et al. (2015) trakk fram at deltakerne i studien opplevde å mangle ferdigheter innen utøvelse av brukermedvirkning, og det eksisterte en manglende bevissthet om hvordan en skulle iverksette brukermedvirkning i behandlingen. Deltakerne i studien uttrykte et ønske om mer utdanning for å få til brukermedvirkning i praksis. Jørgensen og Rendtorff (2018) understreket også i sin studie at helsepersonell manglet ferdighetene til å involvere pasientene i behandlingsforløpet, hvor det var lettere å fokusere på symptomene og dannelsen av behandlingsplaner, enn det var å danne et samarbeid med pasientene.

Flere studier trekker fram mangel på tid som en hindring til brukermedvirkning i behandlingen (Bee et al., 2015; Jansen & Hanssen, 2017; Jørgensen & Rendtorff, 2018; Linhorst et al., 2002).

Jørgensen og Rendtorff (2018) hevdet at mangle på tid var en årsak til at pasientenes perspektiver ikke ble inkludert i behandlingen. Studien fant at mange pasienter hadde vanskelig for å sette ord på det som var problemet, og ofte behøvde mye hjelp og støtte til å involvere sine erfaringer konstruktivt inn i behandlingen.

Jansen og Hanssen (2017) påpekte at deltakerne opplevde at ikke alle pasienter ønsket å medvirke i behandlingen. Jørgensen og Rendtorff (2018) poengterte at mange pasienter ikke var vant til å være aktivt involvert i beslutningstaking, og noen ønsket at beslutninger skulle være opp til behandleren. Elstad og Eide (2009) trakk fram i sin studie at deltakerne hadde erfaringer med at brukerne var redde for at brukermedvirkning skulle føre til mindre støtte, og mer ansvar enn de var klare for å håndtere.

4 Metode

I dette kapittelet vil det først redegjøres for valg av metode og studiens forskningsdesign. Videre vil det gjøres rede for datainnsamlingsprosessen og analysemetoden som er benyttet. Deretter vil det beskrives hvordan forskerens forforståelse kan ha påvirket studien, og til slutt gjøres det rede for studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet, samt studiens etiske overveielser.

4.1 Valg av metode og vitenskapsteoretisk grunnlag

For å få svar på målet med studien, hvor hensikten var å undersøke helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for, og arbeide med, brukervedvirkning i ungdomspsykiatrien, med ungdom i alderen 12-16 år, er det valgt en kvalitativ metode. Det er vurdert som vanskelig å samle inn slike data ved kvantitativ metode, ettersom kvantitative studier er basert på distanse mellom forskeren og deltakeren, og rettet mot statistisk generalisering (Thagaard, 2018, s. 16). Ved en kvantitativ metode inngår ikke forskeren i en direkte relasjon med personene som deltar i prosjektet, forskeren er en utenforstående og spørreskjemaer er en vanlig datainnsamlingsmetode (Thagaard, 2018, s. 16). For kvantitative metoder studeres fenomeners utbredelse og antall, hvor det ofte omfatter store utvalg, mens kvalitative metoder kan fremskaffe mye kunnskap om få enheter, de er mer fleksible og basert på et subjekt-subjekt-forhold mellom forsker og deltaker (Thagaard, 2018, s. 16). Det karakteristiske for kvalitativ forskning er at en søker en forståelse av de sosial fenomener en studerer (Thagaard, 2018, s. 15-16). Ved en kvalitativ metode er målet å studere deltakernes oppfatninger og perspektiver, deres opplevelser, meninger, handlinger, kunnskaper, følelser og tanker (Nilssen, 2012, s. 25-30), og kvalitativ forskning beskrives slik: *“Kvalitativ forskning nærmer seg verden der ute for å forstå, beskrive og noen ganger forklare sosiale fenomener fra innsiden, fra forskningsdeltakernes perspektiv”* (Nilssen, 2012, s. 13)

Nilssen (2012, s. 25) utdyper videre de epistemologiske og ontologiske ståstedene for kvalitativ forskning. Det ontologiske ståsted er at det finnes mange virkeligheter som er komplekse, i stadig forandring og konstruert av den enkelte som er involvert. Den epistemologiske forutsetningen er at kunnskap konstrueres i møtet mellom deltaker og forsker, og relasjonen dem imellom har derfor stor betydning for forskningen. Data som dannes i kvalitativ forskning vil ikke være noe som kan finnes og beskrives uavhengig av den samhandlingen som skjer i møtet mellom forsker og deltaker (Nilssen, 2012, s. 25), og kvalitativ forskning anerkjenner at forskeren bringer med seg sin subjektivitet og forforståelse inn i forskningen (Nilssen, 2012, s. 26),

Under utviklingen av studien ble det vurdert flere paradigmer (vitenskapssyn/vitenskapsteoretisk grunnlag). Paradigmet beskrives som det som setter intensjonen, motivasjonen og forventningene for et forskningsprosjekt (Mackenzie & Knipe, 2006), og er et viktig grunnlag for kvalitativ metode, ettersom den vitenskapsteoretiske forankringen til forskeren har betydning for hva det søkes informasjon om, og det danner utgangspunktet for den forståelsen som utvikles i forskningen (Thagaard, 2018, s. 33).

Positivistiske forskningstradisjoner, med naturvitenskapen som ideal, har eksistert siden 1500- og 1600-tallet (Thomassen, 2006, s. 44). Den positivistiske forståelsen vektlegger objektivitet, hvor kunnskapen som dannes ses på som uavhengig av den sosiale interaksjonen som oppstår i et forskningsfelt, hvor forskeren har en avstand til deltakerne (Thagaard, 2018, s. 40). Det argumenteres for at det er et prinsipielt skille mellom naturfenomener og sosiale fenomener (Thomassen, 2006, s. 152). I utviklingen av samfunnsvitenskapene har Hussler, en tysk-østerriksk filosof (1859-1938), vært en viktig bidragsyter, ettersom han grunnla fenomenologien, som etter Hussler's tid har utviklet seg i flere retninger og dannet utgangspunktet for kunnskapsutviklingen i helse- og sosialfag (Thomassen, 2006, s. 82-83). Det skjedde med dette et paradigmeskifte hvor det vokste fram postmodernistiske retninger, hvor det konstruktivistiske perspektiv representerte et radikalt brudd med den tradisjonelle positivistisk orienterte forskningen (Thagaard, 2018, s. 40-41).

Det er forskerens oppfatning at kunnskapen som produseres vil være et resultat av den sosiale samhandling som foregår mellom forskeren og deltakeren, hvor forskeren vil ha med seg sin forforståelse inn i prosessen. Det er forskerens oppfatning at alt er sosialt konstruert, også deltakerens erfaringer og opplevelser er et produkt av de sosiale møter deltakerne har med pasienter og kollegaer. Dette gjenspeiler seg med et konstruktivistisk perspektiv på forskningen, ettersom konstruktivismen oppfatter kunnskap som konstruert av dem som deltar i bestemte sosiale sammenhenger, hvor deres forståelse preges av den kulturen de lever i (Thagaard, 2018, s. 40). Mackenzie og Knipe (2006) beskriver konstruktivismen som et paradigme som søker å forstå menneskelige erfaringer som anses som sosialt konstruert, hvor det anerkjennes at forskerens forforståelse og erfaringer påvirker forskningen. Ved et konstruktivistisk perspektiv på kvalitativ metode vil forskeren og deltakeren i fellesskap utforme kunnskap, noe som vil påvirke de resultater forskningen kommer fram til, og forskeren utvikler en forståelse av deltakerens syn på situasjoner, deres oppfatninger, erfaringer og hvordan de samhandler i den sosiale konteksten (Thagaard, 2018, s. 40-41). Mackenzie og Knipe (2006) påpeker at kvalitativ metode er naturlig for konstruktivistiske studier.

Det at forskeren er en stor del av forskningsprosessen fremhever Nilssen (2012, s. 29) som både en styrke og en svakhet for kvalitativ forskning. En styrke ettersom forskeren kan ta hele konteksten til betraktning, kan tilpasse, oppklare og utforske underveis. En svakhet ettersom forskerens forforståelse kan forstyrre forskningsprosessen, og dermed resultatene av forskningen. Nilssen (2012, s. 26) trekker fram viktigheten av at forskeren anerkjenner og er oppmerksom på sin subjektivitet og forforståelse, og det faktum at dette kan påvirke forskningen. Derfor er det gjort et forsøk på å redegjøre for forskerens forforståelse og posisjon i denne studien i kapittel 4.8.

4.2 Valg av metode for innhenting av data

Kvalitativ metode egner seg best der man ønsker å forstå og beskrive sosiale fenomener fra forskningsdeltakerens perspektiv (Nilssen, 2012, s. 13), og målet er å utvikle data fra feltarbeid, hvor observasjon og intervjuer er relevante tilnærminger (Thagaard, 2018, s. 53). Thagaard (2018, s. 53) trekker fram at intervjuer er en særlig egnet metode når en ønsker å få kjennskap til hvordan personer opplever og forstår seg selv, og sine omgivelser. Brinkmann og Kvale (2015, s. 126-127) argumenterer for at kvalitative forskningsintervjuer er godt egnet når en ønsker å utforske menneskelige erfaringer. Hensikten med slike intervjuer er å forstå et tema fra subjektens eget perspektiv (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 27), og forskningsintervjuene beskrives som en mellommenneskelig situasjon; en samtale mellom to parter om et tema de har gjensidig interesse av (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 149).

Det er til denne studien valgt kvalitative individuelle forskningsintervjuer ettersom studiens mål er å undersøke helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for, og arbeide med, brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien, med ungdom i alderen 12-16 år. Det er deres perspektiv, deres meninger, tanker, opplevelser og erfaringer som ønskes innsamlet. Det var også ønskelig med et rikt og nyansert datamaterialet. Individuell intervjuer er derfor valgt fremfor fokusgruppe intervjuer, ettersom en ved fokusgruppe intervjuer kan få en overvekt av de mest dominerende synspunktene, og ettersom personer med avvikende synspunkter kan vegre seg for å presentere dem i en gruppe (Thagaard, 2018, s. 92). Det ble valgt intervjuer ansikt-til-ansikt ettersom man da også får tilgang til den ikke-verbale kommunikasjonen (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 174).

Intervjuene tok utgangspunkt i Brinkmann og Kvale (2015) sin teori for kvalitative forskningsintervjuer, som anerkjenner at kunnskapen som dannes er sosialt konstruert i interaksjonen mellom forsker og deltaker (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 63). Intervjuet beskrives

som en produksjonsplass, hvor kunnskap aktivt dannes gjennom spørsmål og svar i et samarbeid mellom deltaker og forsker (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 63).

4.3 Rekrutteringsprosessen

Det var ønskelig med et heterogent utvalg (deltakere med varierende egenskaper) ettersom det vil gi mangfold i svarene, og som Robinson (2014) poengterer, så vil det i et heterogent utvalg kunne gi fellestrekk (resultater), som er mer sannsynlig å være et allment generaliserbart fenomen, enn ved en homogen gruppe. Derfor var det ønskelig med deltakere fra forskjellige byer, avdelinger, begge kjønn og med ulik bakgrunn, dette for å få størst mulig variasjon i datamaterialet slik at det styrker studiens overførbarhet, noe også Thagaard (2018, s. 182) poengterer viktigheten av for kvalitative studier. Inkluderingskriteriene sikrer at deltakerne allikevel kan ha en del likheter, slik at en ikke risikerer å få for stor variasjon i datamaterialet, noe Robinson (2014) påpeker kan være en fare ved et heterogent utvalg.

Inklusjonskriterier

Til studien er det valgt å inkludere helsepersonell som arbeider på en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling/poliklinikk, med minimum seks måneders erfaring med arbeid innenfor ungdomspsykiatrien, som har direkte behandlingskontakt med ungdommen, og er en del av et behandlingsteam. Det var ønskelig at deltakerne representerte en tverrfaglig gruppe slik at det legges til rette for å få fram flest mulige perspektiver. Derfor er det ikke begrenset til en yrkesgruppe, men helsepersonell generelt.

Eksklusjonskriterier

Helsepersonell med lederansvar er ekskludert fra studien.

For rekruttering ble det opprettet kontakt med ledere ved ungdomspsykiatriske poliklinikker i fem fylker på Sør- og Østlandet i Norge, via telefon og/eller e-post. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 1) med et samtykkeskjema, som ble sendt til ledere ved samtlige poliklinikker i disse fylkene. Lederne sendte videre invitasjonen til å delta i studien, med informasjonsskriv, til sitt helsepersonell, men ingen meldte en interesse for å delta. Det ble deretter sendt ut en ny runde med invitasjoner. Ettersom det var liten interesse for å delta i studien, ble det besluttet å utvide studien til også å omfatte helsepersonell ved ungdomspsykiatriske avdelinger med inneliggende pasienter. Alle ledere ved avdelinger med inneliggende pasienter i de samme fem fylkene ble kontaktet via telefon og/eller e-post, hvorpå de videresendte invitasjon til deltakelse i

studien til sitt helsepersonell. Til slutt endte det med at ti personer med helsefaglig bakgrunn ønsket å delta i studien.

Ettersom det var få som meldte interesse for å delta, ble det gjort et tilgjengelighetsutvalg, som baserer seg på en selvseleksjon av deltakere, med egenskaper som er relevante for problemstillingen, og som er tilgjengelige for forskning (Thagaard, 2018, s. 56). Robinson (2014) poengterer at tilgjengelighet på deltakere, ressurser og tid, er avgjørende for antall deltakere. På bakgrunn av dette ble det valgt å inkludere åtte av de ti deltakerne, ettersom de to siste deltakerne befant seg i lang geografisk avstand, studiens tidsbegrensninger, og åtte deltakere ble ansett som tilstrekkelig for å kunne belyse målet med studien.

4.4 Deltakerne

De åtte deltakerne som er inkludert i studien er presentert i tabell 1. De består av helsepersonell fordelt på syv forskjellige avdelinger, hvorpå to av dem arbeidet poliklinisk, og seks av dem arbeidet ved avdelinger med inneliggende pasienter, men fire av deltakerne var fra samme klinikk. De fordeles på tre fylker på Østlandet i Norge. Deltakerne har spredning i alder, utdanning, yrkeserfaring, og begge kjønn er representert.

Tabell 1. Oversikt over deltakerne inkludert i studien			
Deltaker	Antall år med erfaring i ungdomspsykiatrien	Alder	Kjønn
Deltaker 1	0-5	40-50	Mann
Deltaker 2	5-10	40-50	Kvinne
Deltaker 3	0-5	30-40	Kvinne
Deltaker 4	5-10	40-50	Kvinne
Deltaker 5	0-5	50-60	Kvinne
Deltaker 6	> 10	50-60	Mann
Deltaker 7	0-5	20-30	Kvinne
Deltaker 8	>10	40-50	Mann

4.5 Intervjuguiden

Det er for denne studien valgt en åpen semistrukturert intervjuguide med fire spørsmål (Tabell 2), ettersom det var ønskelig at deltakerne skulle få snakke åpent om temaene, og samtidig sikre at en fikk belyst de temaene som kunne gi svar på målet med studien. Knox og Burkard (2009) argumenterer for at en semistrukturert intervjuguide er en styrke ettersom en vil få svar på de temaene en ønsker å få belyst, det sikre at alle deltakerne er innom de samme temaområdene, samt at man blir i stand til å sammenlikne data som innhentes. Samtidig er spørsmålene åpne slik at deltakerne kan fortelle fritt, og forskeren har mulighet til å utforske svarene der det oppleves relevant (Knox & Burkard, 2009). Brinkmann og Kvale (2015, s. 157) fremhever at jo mer spontant et intervju er, jo mer sannsynlig er det at en får uoppfordrede, livlige og uventede svar fra deltakerne.

Spørsmålene i intervjuguiden er utarbeidet på bakgrunn av eksisterende forskning og teori. Spørsmål om deres erfaringer med å samarbeide med foreldrene er lagt til ettersom Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gir foreldrene store rettigheter i ungdommens behandling. Første spørsmål er ment som et åpningsspørsmål, hvor deltakerne kan svare fritt om sine tanker rundt brukermedvirkningsarbeidet.

Tabell 2. Intervjuguide
Hvilke erfaringer har du med tilrettelegging for brukermedvirkning til ungdommene?
Hvordan opplever du å aktivisere ungdommene til å bli en aktiv part i behandlingen?
Hvilke erfaringer har du med samarbeidet med foreldre/foresatte i arbeidet med tilrettelegging for brukermedvirkning?
Hvordan påvirker det å skulle tilrettelegge for brukermedvirkning din profesjonelle rolle?

4.6 Gjennomføring av individuelle kvalitative forskningsintervjuer

I forkant av intervjuene ble det valgt å utføre et test-intervju med en bekjent som arbeider innen helsevesenet. Dette i et forsøk på å skaffe seg viktig erfaring innen intervjuteknikk, og det praktiske rundt intervjusituasjonen og intervjuguiden. Praktisk erfaring er noe Brinkmann og Kvale (2015, s.

75) påpeker som viktig for forskningsintervjuer, og det fremheves som et håndverk som må læres (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 72).

Intervjuene fant sted i oktober-november 2022. Da det på grunn av sykdom og lang reisevei ikke lot seg gjøre å gjennomføre alle intervjuene ansikt-til-ansikt, ble det utført ett video intervju (over avdelingens egen videoløsning slik at sikkerheten ble ivaretatt), fire telefon intervjuer og tre intervjuer ansikt-til-ansikt. Intervjuene varte fra 24 – 53 minutter, med en gjennomsnittsvarighet på 37 minutter. Etter hvert intervju ble det notert ned tanker og refleksjoner rundt intervjuet.

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert fortløpende. Det ble valgt å transkribere alle intervjuene i bokmål for å sikre deltakernes anonymitet. Alle ansikt-til-ansikt-intervjuene og video-intervjuet ble utført på deltakerens arbeidssted, to intervjuer på deltakerens kontor og to intervjuer på møterom i avdelingen deltakeren arbeidet ved, etter deltakernes eget ønske. Deltakerne som deltok i telefonintervjuene, befant seg også på egen arbeidsplass.

Det ble lagt vekt på å skape en god atmosfære og en relasjon før intervjuet startet, noe Nilssen (2012, s. 30) og Musselwhite et al. (2007) poengterer er vesentlig for intervjusituasjonen. Dette ble gjort ved å takke for og vise takknemlighet for deltakelse i studien, samt vise interesse for deltakeren og dens arbeid.

Brinkmann og Kvale (2015, s. 154) anbefaler en gjennomgang av studiens formål, samt å gi deltakerne muligheten til å stille spørsmål før intervjuet begynner. Før første spørsmål ble informasjonsskrivet med samtykket (vedlegg 1) gjennomgått, inkludert deltakernes rettigheter, for å sikre et informert samtykke. Samtykkeskjemaet ble signert og deltakerne fikk samtidig utlevert et spørreskjema med spørsmål om deres bakgrunn (vedlegg 2). Før intervjuet startet ble deltakerne spurt om de hadde noen spørsmål knyttet til intervjuet. Det ble gitt informasjon om at lydopptaker vil benyttes, og samtykke til bruk av dette ble innhentet muntlig på lydopptaker.

Alle intervjuene startet med det første spørsmålet i intervjuguiden, deretter kom spørsmålene i varierende rekkefølge ut fra hva deltakeren fortalte. Det var ingen oppfølgingsspørsmål planlagt, så oppfølgingsspørsmål ble stilt der det opplevdes relevant av forskeren for å få deltakerne til å utdype svarene. Det ble hele veien presisert at det handler om ungdom i alderen 12-16 år. Forskeren forsøkte å unngå å stille ledene spørsmål og fokuserte på å lytte aktivt, vise interesse og respekt for det deltakerne fortalte, og la deltakerne prate mest mulig fritt, i tråd med Brinkmann og Kvale's (2015, s. 154) anbefalinger for intervjusituasjonen.

Intervjuene ble avrundet med et siste spørsmål: ‘‘Da har ikke jeg flere spørsmål. Er det noe annet som du tenker er viktig å trekke fram, som vi ikke har snakket om til nå?’’, noe som anbefales av Brinkmann og Kvale (2015, s. 155), som en avrundning og debriefing av intervjuet.

4.7 Analyse av datamaterialet

Analysen av datamaterialet følger Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse. Analysemetoden består av en manifest del (det åpenbare, synlige datamaterialet forteller) og en latent del (en tolkning av den underliggende meningen). Analysemetoden har den underliggende antakelsen at virkeligheten kan bli tolket på forskjellige måter, og forståelsen avhenger av den subjektive tolkningen. Til denne studien er det valgt å gjennomføre den manifeste delen i innholdsanalysen og utelate den latente delen.

Først ble de transkriberte intervjuene lest igjennom og et sammendrag av hva intervjuene handlet om ble skrevet ned. Deretter ble sammendragene og intervjuene lest igjennom flere ganger. Intervjuene ble så gått igjennom og all tekst med mening relatert til problemstillingen ble satt i tabell. Teksten ble deretter gjort til kondenserte meningsenheter, og det ble satt en kode på hva teksten handlet om. Kodene ble satt på post-it lapper med sidetall, deltaker nummer, linjenummer og eventuelt merket med sitat til presentasjonen av resultatene. Hele veien ble det tatt hensyn til helheten i intervjuet.

Kodene ble deretter sortert etter likheter og forskjeller, og det manifesterte seg mange kategorier. Kodene ble finsortert og flyttet hit og dit, helt til alle kodene havnet i en kategori eller underkategori. Disse kategoriene og underkategoriene ble så løftet opp til et nytt nivå hvor noen ble slått sammen, mens andre ble delt opp. Utdrag fra analyseprosessen presenteres i tabell 3 og tabell 4. Analysen er hele veien diskutert med prosjektets veileder.

Til slutt ble det dannet to hovedkategorier med fem underkategorier, presentert i kapittel 5. Dannelsen av kategorier er kjernen i innholdsanalysen, og refererer til det deskriptive innholds nivået som utgjør den manifeste delen av innholdsanalysen (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuene ble deretter lyttet til en gang til for å vurdere om det var samsvarer med hva hovedkategoriene og underkategoriene handlet om.

Tabell 3. Analyseprosessen fra tekst til kode		
Tekst	Kondensert meningsenhet	Kode
Også tenker jeg at når vi da kommer til den tiden vi skal begynne behandling og hvordan er det vi skal legge opp det videre, da må det være en god dialog man har sammen for hva som er best for akkurat det barnet	Har en god dialog sammen for å finne ut hvordan en skal legge opp behandlingen videre	Finner sammen veien videre i behandlingen
Også går det jo en grense et sted for når det er forsvarlig at de skal bestemme det selv, bestemme ting selv, og ikke når du er kjempesyk, da	Det går en grense et sted for når det er forsvarlig at ungdommen skal bestemme selv	Det går en grense for når det er forsvarlig at ungdommen skal bestemme
Kommer tettere innpå, ja, for det merker vi jo at det er stor forskjell. Altså noen liker best menn kanskje og åpner seg mest for menn. Og noen vil helst ikke ha noe med menn å gjøre, så det er litt sånn å ta hensyn til hvilke erfaringer de har i tillegg til den kjemien og som bør være der da	De tar hensyn til ungdommens kjemi med de forskjellige behandlere og tilpasser deretter	Tar hensyn til ungdommens kjemi med behandlere og tilpasser deretter

Tabell 4. Analyseprosessen fra kode til kategori		
Kode	Under-kategori	Kategori
Tar hensyn til ungdommens kjemi med behandler, og tilpasser deretter	Å tilrettelegge for trygge rammer for brukermedvirkning	Å tilrettelegge for brukermedvirkning på organisatorisk nivå
Arbeidet innebærer mye psykoedukasjon, slik at ungdommen blir i stand til å hjelpe seg selv videre	Å tilrettelegge for at ungdommene og familiene blir i stand til å medvirke	Å tilrettelegge for brukermedvirkning på organisatorisk nivå
Tilstreber å ta hensyn til både foreldrenes og ungdommenes meninger	Å være den faglige parten i arbeidet	Å arbeide med brukermedvirkning

4.8 Forskerens forforståelse

Forforståelsen vil kunne påvirke valg av tematikk, problemstilling, hva forskeren vektlegger, og det er en fare for at det kan påvirke analysen, og tolkningen av datamaterialet (Nilssen, 2012, s. 68-70).

Forforståelse er definert som:

'Et resultat av forskerens egne livserfaringer – hverdagserfaringer, studieerfaringer, profesjonelle erfaringer – og er derfor i noen grad tilgjengelig for egenrefleksjon. Det handler om at forskeren er så bevist som mulig på hva han eller hun bringer med seg inn i forskningssituasjonen av oppfatninger, meninger, kunnskaper, erfaringer og fordommer''
(Neumann & Neumann, 2012, s. 26).

Nilssen (2012, s. 68) påpeker at forforståelsen er helt nødvendig for forskeren, ettersom det er den som driver forskningen fram og gir den en retning. Forskeren i denne studien har bakgrunn med åtte års arbeid innen sykehuslaboratoriet, og arbeid med pasienter, som innebærer stort fokus på kvalitetssikring, og det å skape en god og trygg atmosfære. Forskeren har valgt å gå inn i ungdomspsykiatrien som er et ukjent fagfelt, av ren nysgjerrighet. Brukermedvirkning er noe forskeren er godt kjent med, og mener er viktig å tilrettelegge for i pasientsammenheng. Derfor virket det interessant å utforske hvordan en kan arbeide med brukermedvirkning i den delen av helsevesenet, hvor det er forskerens oppfatning at brukermedvirkning vanskelig skal kunne utøves på en tilfredsstillende måte, her ungdomspsykiatrien, med ungdom i alderen 12-16 år, som ikke er helserettslig myndige, og hvor foreldrene har store muligheter for å påvirke behandlingen.

Forskeren har i dette forskningsprosjektet forsøkt å være bevist sin forforståelse og samtidig tilstrebe å møte fagfeltet med en åpen og uvitende holdning. Det har også vært viktig for forskeren å sette seg grundig inn i fagfeltet ved å lese eksisterende forskning på feltet, både fra ungdommenes og helsepersonellens vinkel, lovverk og teori rundt brukermedvirkning.

Forskerens forforståelse vil også kunne påvirke selve analysen av datamaterialet. Studien har en induktiv tilnærming, men allikevel kan forforståelse ha påvirket analysen i retning av en deduktiv tilnærming, det Nilssen (2012, s. 71) betegner som en deduktiv felle. Dette er forsøkt korrigert for ved å diskutere analysen med veileder og forsøke å tenke "hva er det datamaterialet forteller?" Nilssen (2012, s. 139) trekker fram at "all kvalitativ forskning er verdiladet og påvirket av forskerens subjektive, individuelle teorier". I denne studien har det blitt tilstrebet å være bevist eget ståsted, fordommer, teoretisk forankring og svakheter i alle ledd av prosessen. Det er søkt

veiledning dersom forskeren i studien har opplevd at en forutinntatt holdning låser prosessen, noe som er gjort ved flere anledninger, spesielt under analyseprosessen.

4.9 Studiens kvalitet

Thagaard (2018, s. 181) påpeker at for å underbygge studiens kvalitet må man gjøre rede for forskningens troverdighet, som består av validitet (gyldighet), reliabilitet (pålitelighet) og overførbarhet (generalisering). I den kommende tekst vil disse presenteres hver for seg, samt hvilke tiltak som er gjort for å styrke dette, og i hvilken grad resultatene kan overføres.

4.9.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om å gjøre rede for hvordan vi utvikler data ved å beskrive kontakten en har etablert med deltakerne, inntrykk en har i feltarbeider, samt en redegjørelse for hvilken betydning erfaringer i feltet har hatt på utviklingen av data, og om forskningen er gjort på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2018, s. 181). I denne studien er det forsøkt å være så transparent som mulig. Det er i detalj beskrevet metoden for å samle inn data (kapittel 4), samt gjort rede for styrker og svakheter denne prosessen har hatt i kapittel 7. Thagaard (2018, s. 189) poengterer at en redegjørelse for reliabiliteten også innebærer at forskeren reflekterer over hvilken betydning forskerens egenskaper og posisjon i forskning har for datautviklingen, noe som legges fram i kapittel 4.8, samt kapittel 7.

Reliabilitet i intervjusammenheng handler om intervjuteknikk, hvordan forskeren stiller spørsmålene, hvor ledene spørsmål, når det ikke er tiltenkt, vil kunne påvirke svarene en får (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 282). Samtidig er intervjuer en utviklende prosess som kan gi ny kunnskap underveis, noe som kan påvirke oppfølgingsspørsmålene (Graneheim & Lundman, 2004). Under alle intervjuene var det en bevissthet på å la deltakere snakke mest mulig fritt, samt å ikke stille ledende spørsmål, men heller oppklare der noe var uklart, eller få deltakere til å utdype der det ble ansett som viktig for studien, dermed ble oppfølgingsspørsmål stilt ut ifra deltakerens respons.

For analysemetodens reliabilitet handler det om i hvilken grad data endres over tid, og om de endringer forskeren velger å gjøre underveis i analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004). For denne studien er all data innsamlet i perioden oktober- november 2022, med omtrent en uke mellom hvert intervju. Det er ikke gjort noen metodiske endringer underveis i forskningsprosessen, annet enn video- og telefonintervju endringene.

Graneheim og Lundman (2004) fremhever at en tekst alltid vil ha multiple meninger, og det vil alltid være en grad av tolkning, noe som er et essensielt problem når man diskuterer hvor troverdig funnene fra innholdsanalysen er. For å styrke analysens troverdighet trekker de fram at det er viktig å søke enighet og bekreftelse fra andre. Kodene, underkategoriene og kategoriene er derfor ved flere anledninger diskutert med prosjektets veileder for å styrke tolkningen av datamaterialet, og for å få en bekreftelse på hva kategoriene handler om.

4.9.2 Validitet

Ved vurdering av studiens validitet stiller Thagaard (2018, s. 189) spørsmål om de tolkningene vi har kommet fram til er gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert. Det handler om å være gjennomiktig i beskrivelsen av det teoretiske ståstedet som danner grunnlaget for tolkningene, og vise hvordan analysen gir grunnlag for tolkninger og konklusjoner, hvor validiteten styrkes ved å gå kritisk igjennom analyseprosessen, og sammenlikne resultater fra studien med resultater fra andre studier (Thagaard, 2018, s. 189-191). Det er gjort et grundig forarbeid med å sette studien inn i forskningsfeltet det hører hjemme i, spesielt ettersom forskeren er ukjent med fagfelt. Det er gjort begrepsavklaringer i kapittel 2, og resultatene er diskutert opp mot eksisterende forskning på feltet i kapittel 6.

Graneheim og Lundman (2004) referere til ordet troverdighet i sin artikkel når de diskuterer validitet, og poengterer at det er viktig i denne sammenheng å velge den best egnede metoden for å samle inn data. Det er gjort grundige overveielser med tanke på hvilken metode som best vil kunne svare på studiens mål, og det har blitt tilstrebet ved gjennomføringen av studien å være så transparent som mulig i begrunnelse av studiens design, gjennomføringen av studien og ved analysering av datamaterialet, samt hvordan disse valgene har påvirket studien.

Ved intervjusituasjonen handler validitet om gyldigheten til det som kommer ut av intervjuet og av kvaliteten på intervjusituasjonen, som kan sikres ved en forsiktig utspørring av meningen av det som blir sagt, og en kontinuerlig kontroll over om informasjonen som innhentes er gyldig (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 284). Under intervjuene har det vært et fokus på å oppklare uklarheter, og det ble forsøkt å få viktige meninger bekreftet ved å stille spørsmål som vil verifisere meningen.

Graneheim og Lundman (2004) påpeker at validiteten i analysen handler om hvor godt studien svarer på den tiltenkte problemstilling. De poengterer videre at en tekst alltid vil inneholde multiple

meninger og forskerens tolkning er påvirket av hans/hennes forforståelse, og som de fremhever så er det umulig, men også uønsket for forskeren å ikke legge til et bestemt perspektiv til det som studeres. Analysen blir derfor en balansegang mellom forskerens forforståelse og det teksten forteller (Graneheim & Lundman, 2004). Gjennom hele forskningsprosessen har forskeren forsøkt å være bevist sin forforståelse og vitenskapsteoretiske forankring, og særlig under analysearbeidet, hvor dette kan ha påvirket tolkningene av datamaterialet. Under hele analysen har også studiens problemstilling vært i fokus for å sikre at resultatene av analysen svarer på studiens mål.

Spesielt i den delen av analysen hvor meningsenheter komprimeres og tildeles en kode vil forforståelse og tolkning av datamaterialet være til stede (Graneheim & Lundman, 2004). Som Graneheim og Lundman (2004) beskriver så vil validiteten til datamaterialet være avhengig av riktig valg av meningsenheter, slik at disse ikke blir for store eller for små, for da risikerer man å miste meningen med teksten under kondenseringen og dannelsen av koder. Det er derfor lagt ved tabeller med et utkast fra denne prosessen, for å styrke dette i studien, i tråd med Graneheim og Lundman's (2004) anbefalinger.

Validitet handler også om hvor godt kategoriene dekker datamaterialet, slik at all relevant data blir inkludert (Graneheim & Lundman, 2004). For å styrke dette anbefaler Graneheim og Lundman (2004) å inkludere sitater som fremhever resultatene, og konferere med en medforsker, eller annen ekspert på feltet. Begge disse tiltakene er gjort. Det er etter beste evne valgt ut sitater som reflekterer mangfoldet i resultatene, og som underbygger viktige poenger innenfor hver kategori. Ved dannelse av kategorier, og gjennom hele analyseprosessen, har veileder vært aktivt benyttet. Dannelsen av de endelige kategoriene, presentert i tabell 5, er kommet fram til i et samarbeid med prosjektets veileder.

4.9.3 Overførbarhet

Studiens overførbarhet handler om en argumentasjon for hvordan resultatene kan være relevante i andre situasjoner, og sammenhenger, enn den som studeres, samt at det er viktig for kvalitative studier at tolkningene fra et prosjekt har en mer generell relevans (Thagaard, 2018, s. 182).

Thagaard (2018, s. 193) poengterer også at en gjentakelse av forskningsprosjektet ikke vil være mulig, ettersom personene en studerer endrer seg, og relasjonen som er mellom forskeren og deltakeren er knyttet til den spesifikke situasjonen som prosjektet utføres i.

Ser man på overføringsverdien studien har, så har karakteristikaene til deltakerne (kapittel 4.4) god spredning, noe som vil styrke det faktum at en kan tenke seg at resultatene også gjelder ved andre avdelinger. De er både spredt geografisk sett og ved at de har forskjellig bakgrunn. Men en skal allikevel være litt forsiktig med overførbarheten ettersom deltakerne er utvalgt gjennom et tilgjengelighetsutvalg, hvor det er en fare for at en får en overrepresentasjon av deltakere som er fortrolige med forskning (Thagaard, 2018, s. 57). Det har også vært et fokus på å gi en rik og nyansert presentasjon av resultatene for å styrke overførbarheten i studien, som anbefalt av Graneheim og Lundman (2004), samt å styrke studiens funn i eksisterende teori på feltet (kapittel 6).

4.10 Studiens etiske overveielser

Studien ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) før prosjektoppstart. Det ble også sendt inn en fremleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som avgjorde at studien ikke er søknadspliktig (vedlegg 3). Denne ble vedlagt søknaden til NSD, hvor deres godkjenning forelå før prosjektstart (vedlegg 4). Personvernet i denne studien er gjort i tråd med NSD og Universitetet i Sør-Øst-Norges retningslinjer. Det ble sendt inn endringer til NSD ved inkludering av deltakere fra avdelinger med inneliggende pasienter, og ved bruke av telefon- og videointervjuer, hvor NSD godkjenning forelå før iverksettelse av endringene.

De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH) trekker fram at et informert samtykke til deltakelse i forskning er et hovedprinsipp i forskningsetikken (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 9). For å sikre at deltakerne gir et informert og frivillig samtykke, i tråd med NESH sine retningslinjer (2021, s. 17-18), ble det utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 1), som ble sendt ut sammen med invitasjon til å delta i prosjektet. I tillegg ble informasjonsskrivet gjennomgått i forkant av intervjuet før samtykket ble signerte. Dette innebar en gjennomgang av studiens mål, hvilke opplysninger som vil samles inn, deltakernes rettigheter, at de når som helst kunne trekke seg fra studien, samt hvordan datamaterialet vil bli lagret, hva datamaterialet skal brukes til og når studien vil bli avsluttet. Bakgrunnsopplysninger ble innhentet skriftlig på et eget skjema før intervjuet startet (vedlegg 2), for å unngå at disse opplysningene kom med på lydfilen. Det ble også innhentet muntlig samtykke til at lydopptaker ble brukt, noe samtlige deltakere samtykket til.

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker via app tilknyttet privat mobil, i tråd med Universitetet i Sørøst-Norge sine retningslinjer for personvern. Lydfilene ble umiddelbart etter intervjuene sendt over og lagret på en egen kryptert server med passord, som kun studiens forsker hadde tilgang til.

Bakgrunnsopplysningene og lydfilene har blitt oppbevart separat. Hverken lydfilene eller de transkriberte intervjuene inneholder personopplysninger, og det er ikke samlet inn opplysninger om tredjepart.

Konfidensialitet innebærer å behandle informasjonen som er samlet inn fortrolig, og videreformidle informasjonen slik avtalen er (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 21-22). Avtalen i denne studien er at deltakerne sikres full anonymitet, og dermed ikke vil kunne gjenkjennes i presentasjonen av studien. Anonymisering innebærer, ifølge NESH (2021, s. 21) *''at forbindelsen mellom personer og informasjon blir fjernet, slik at opplysningene ikke kan spores tilbake til individet''*.

De nasjonale forskningsetiske komiteene, (2021, s. 25) legger fram at *'' Forskere har ansvar for å unngå at forskningsdeltakere blir utsatt for skade og urimelig belastning som følge av forskningen''*, som innebærer at forskningen ikke skal påføre deltakerne fysiske og psykiske belastninger, inkludert skade knyttet til deres omdømme og integritet. Ettersom leder har vært rekrutterende part for enkelte deltakere, fire deltakere er fra samme klinikk, og det har blitt samlet inn opplysninger om helsepersonellens opplevelser og erfaringer med arbeidet de utfører, er det derfor lagt stor vekt på konfidensialiteten. Deltakerne er kraftig anonymisert, både i presentasjon av deltakerne og ved utvalg av sitater, i tillegg er det valgt å transkribere alle intervjuene i bokmål og presentere sitater i bokmål.

Thaagard (2018, s. 25) poengterer at det kan oppstå et dilemma mellom hensynet til deltakernes anonymitet og konfidensialitet, og det å fremstille resultatene slik at det styrker studiens reliabilitet og etterprøvnbarhet. Det er i denne studien valgt å vektlegge deltakerens anonymitet og konfidensialitet fremfor å styrke studies reliabilitet.

5 Resultater

Analysen avdekket to hovedkategorier med til sammen fem underkategorier, som vist i tabell 5. Kategoriene er presentert i form av tekst som belyser målet med studien, som er å undersøke helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for, og arbeide med, brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien, med ungdom i alderen 12-16 år. Fra empirien ble det hentet sitater som belyser utsagn fra deltakerne.

Tabell 5. Oversikt over kategorier og under-kategorier				
Å tilrettelegge for brukermedvirkning på organisatorisk nivå		Å arbeide med brukermedvirkning		
Å tilrettelegge for trygge rammer for brukermedvirkning	Å tilrettelegge for at ungdommene og familiene blir i stand til å medvirke	Å være den faglige parten i arbeidet	Å samarbeide med ungdommene	Å samarbeide med foreldrene

5.1 Å tilrettelegge for brukermedvirkning på organisatorisk nivå

5.1.1 Å tilrettelegge for trygge rammer for brukermedvirkning

Å tilrettelegge for trygge rammer for brukermedvirkning arbeider deltakerne med allerede i forvernsprosessen, som inkluderer møter før innleggelsen. Arbeidet fortsetter i inkomstsamtalene og ved omvisning på avdelingen, hvor ungdommene inviteres til brukermedvirkning ved å finne ut hva ungdommene ønsker hjelp til. Arbeidet i forkant av innleggelsen trekkes fram som viktig for å gjøre ungdommene i stand til å arbeide aktivt i behandlingen.

I dette arbeidet trekker deltakerne fram at de på organisatorisk nivå arbeider tverrfaglig, ved å ha møter med instanser som skole, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og fastlegen. Det tilrettelegges for å inkludere ungdommen på en rekke arenaer, som evalueringer hver uke, miljøtid, planleggingen av ukens aktiviteter, utarbeidelse av behandlingsplanen, daglige rapporter og journalskriving. Ungdommene inviteres til å si sin mening, og de etterspør hele tiden

tilbakemeldinger på hva som fungerer bra og hva som må endres, hvor evalueringer brukes som et bevisgjøringsverktøy i behandlingen. Alle arenaer hvor ungdommene kan si sin mening og medvirke i behandlingen vektlegges, hvor målet er å involvere ungdommene i den grad det er mulig.

Deltakerne legger vekt på at de har en individuell tilpasning i behandlingen, hvor de tilpasser og justerer behandlingsforløpet ved behov. De legger vekt på at det skal være trygt og godt å komme til behandling. Behandlingstiltakene dannes ofte i en forhandlingsprosess mellom ungdom og helsepersonell, hvor man har reforhandlingsmøter dersom ungdommene ikke følger opp tiltakene som har blitt avtalt. Dersom ungdommene ikke følger opp det de er blitt enig om, eller det å være til behandling ikke fungerer på nåværende tidspunkt, tas en vurdering om behandling burde avsluttes.

Det trekkes fram at de bruker mye tid på å finne ut av hva som fungerer og hva som ikke fungerer med ungdommene. De må etterspørre mye og være kreative, men for å komme noen vei, opplever de at de må legge litt press på ungdommen for å kunne gjennomføre behandlingstiltakene. De må utforske hva ungdommene tåler, og ofte presser de litt mer enn de selv tror de tåler, slik at uhensiktsmessige forsvarsmekanismer utfordres, noe som oppleves som et fintfølende arbeid.

Det kommer fram at de tar hensyn til ungdommenes kjemi med helsepersonellet, og bytter rolle seg imellom dersom ungdommene har bedre kjemi med en annen enn det tildelte helsepersonellet, slik at de raskest mulig kommer i posisjon til å hjelpe ungdommene, som en deltaker beskriver det:

Men det er jo, vi vet jo sånn ellers i livet at det er jo kjemi som kan være litt avgjørende noen ganger, og da kan det hende at miljøterapeuten, som er kontakten går litt til siden, også er det kanskje noen andre som ... som er den som kommer tettest på ungdommen (Deltaker 5).

Det arbeides med konkrete mål i behandlingen, og ungdommene kan få en-til-en undervisning i mange skolefag. De gir dem rom, men fortsetter å være litt pågående. Arbeidet med brukermedvirkning innebærer å lære av erfaringer en gjør underveis, og det er viktig å begrense litt for ungdommene, så de ikke sier ja til for mye av gangen i behandlingen.

Det er viktig at ungdommene selv ønsker behandling, og det trekkes fram som en viktig nøkkel at det oppleves som frivillig for dem. De legger vekt på at de ikke får ungdommene med på

behandlingstiltak dersom de ikke selv vil, for frivilligheten er viktig for motivasjon til å arbeide i behandlingen. De opplever at ungdom som er til behandling ufrivillig mangler denne motivasjonen. Manglende frivillighet hos ungdommene utfordrer også helsepersonellens autoritet, og frivilligheten brukes som et pressmiddel i behandlingen for at ungdommene skal arbeide med det de har blitt enige om. En deltaker uttrykker det slik:

Jeg tenker at når man skal utfordre de forsvarsmekanismene, så er den frivilligheten, at pasienten har valgt det, det er en veldig viktig ressurs og forutsetning, sånn at det er ikke jeg som prøver å presse pasienten til å utfordre seg selv, det er pasienten som har valgt det. Så prøver jeg å hjelpe ehh, men da er man på en måte avhengig av at pasientens samtykket til behandling er aktivt og villet (Deltaker 1).

Ved de ulike avdelingene kommer det fram at det ikke er noen tvang i behandlingen, men enkelte diskuterer om det kanskje burde vært noe mer tvang, men deltakerne uttaler at tvang anses som traumatiserende.

Det å ikke ha noen hemmelige agendaer i behandlingen er viktig for å få til brukermedvirkning, dette gjelder mellom alle tre parter (helsepersonell, ungdommene og foreldrene), hvor de må være tydelige overfor ungdommene på at de ikke kan holde informasjonen de får fra dem hemmelig. Ingen hemmelige agendaer innebærer også at man er transparent i sine avgjørelser, og legger fram sine begrunnelser for behandlingstiltak, både for ungdommene og foreldrene. Man snakker ikke bak ungdommenes rygg, men sammen med dem. Informasjon som gis om ungdommene til foreldrene går igjennom med den enkelte ungdommen på forhånd, og i etterkant av møter. Deltakerne uttrykker at denne balansegangen mellom hva foreldrene trenger å vite, og hva de ikke trenger å vite, er vanskelig. Det oppleves krevende når de må opplyse om noe ungdommene ikke vil skal deles, og det kan oppstå en etisk konflikt i forhold til lojaliteten til ungdommene, og plikten til å opplyse foreldrene. En av dem uttrykker det slik:

Og det er jo det som er den største utfordringen når man jobber med barn i det hele tatt, barn og ungdom. Fordi min, min lojalitet er jo hovedsakelig hos barnet og jeg ønsker å hjelpe barnet sånn at barnet får det bra. Og ehm, hvis jeg, hvis barnet føler at jeg går bak ryggen til dem og deler noe med foreldrene som barnet ikke vil, så kan det være uheldig. Så her er det mange ting. Det er jo både etikken, hva som jeg tenker er riktig å gjøre i alliansen

med barnet, og hva må foreldre vite noe om, hva må de ikke vite om, og plikten til å opplyse (Deltaker 7).

Grunnleggende, som deltakerne påpeker, er utviklingen av et samarbeidsprosjekt med ungdommene. Det handler om å få til en endring sammen, og arbeide for at ungdommene og helsepersonell skal ha en felles forståelse av hva behandlingen innebærer.

5.1.2 Å tilrettelegge for at ungdommene og familiene blir i stand til å medvirke

For å gjøre ungdommene i stand til å medvirke beskriver deltakerne at de vektlegger å finne ut hva som er ungdommenes eget prosjekt, hva de mener er problemet, hva de trenger, og hva som er nyttig for dem.

Deltakerne uttaler at de øver på medbestemmelse med ungdommene i det helt enkle, prøver å få fram deres iboende ressurser og indre motivasjon til å hjelpe seg selv til å ta gode beslutninger, har et fokus på ungdommenes mestring, og arbeider for at de skal håndtere og forstå det de strever med. Det er viktig å arbeide for å rette opp i negative overføringer fra tidligere erfaringer med behandling, samt å ha et fokus på å skape positive opplevelser. De arbeider med å ikke kreve for mye av ungdommene, og forsøker å gi dem den tiden de trenger.

Ansvarliggjøring og selvstendigjøring av ungdommene trekkes fram som en viktig del av arbeidet for å tilrettelegge for brukermedvirkning. Arbeidet innebærer å hjelpe ungdommene til å klare å sette ord på det de ønsker hjelp til. Det innebærer en utvikling av selvet til ungdommene ved å hjelpe dem med å finne ut hva de vil og liker, og på den måten skape en større forståelse av egen situasjon, slik at de blir i stand til å medvirke. En av deltakerne beskriver det slik med prosessen ungdommene er gjennom med å finne ut av egen livssituasjon:

Hvis du er så avhengig av foreldrene dine, så blir det alltid liksom, en sånn å bli mer selvstendig, og det er jo litt parallelt med brukermedvirkning på en måte fordi, eh, vi prøver å få dem til å forstå hva som er godt for dem, hva slags filmer liker du egentlig, så etter hvert, etter et halvt år, så kanskje å ja, du liker action, okay (Deltaker 6).

Arbeidet med å gjøre ungdommene i stand til å medvirke er også et opplysningsarbeid og psykoedukasjon, som innebærer å opplyse ungdommene om hva de kan tilby, om deres rettigheter

(informasjon om kontrollkommisjonen), og å gjøre dem i stand til å hjelpe seg selv videre. Deltakerne arbeider for at ungdommene skal forstå hva målet med behandlingen er, hva behandlingen innebærer, og utvide ungdommenes innsikt, og forståelse, av hva de strever med, hvor informasjon om diagnosen brukes som et verktøy i dette arbeidet. Det innebærer også å forklare begrunnelser og tanker helsepersonell har rundt behandlingstiltak og involvere ungdommene i dette, ettersom det ofte fører til en større forståelse fra ungdommenes side. Deltakerne trekker også fram viktigheten av å normalisere normalområdet (hva er sykdom og hva er ikke sykdom), samt moderere urealistiske forventninger til behandlingen hvor en klargjør hva som er realistisk å få til.

Deltakerne legger vekt på at det er mye gjentakelser i arbeidet, da de opplever at ungdommene ofte ikke får med seg informasjonen, og de gjentar stadig ungdommenes egne grunner og motivasjoner for å ville bli frisk og arbeide i behandlingen. Arbeidet beskrives som et tålmodighetsarbeid hvor det er viktig å bruke tid på å skape en god allianse med ungdommene, ettersom det skaper tillit.

Første steg i behandlingen er å skape en relasjon og å oppnå tillit hos ungdommene, noe som er en grunnleggende byggestein, og dermed helt avgjørende for videre behandling, samt for at ungdommene skal tørre å si sin mening. For å skape tillit hos ungdommene bruker de samtaler og tid, står for det de sier og prøver å imøtekomme ungdommenes ønsker i behandlingen der de kan, noe som er helt essensielt. Tillit er grunnleggende for at helsepersonell skal komme i posisjon til å behandle, og må være til stede når forsvarsmekanismer skal utfordres. En deltaker uttrykker:

Det viktigste er at de får tillit til oss og skjønner at vi er på lag. Og da kan vi jo foreslå å gjøre mye rart, og få dem med fordi de skjønner at vi, vi gjør ikke det her for moro skyld. Vi har noen baktanker (Deltaker 8).

Det er ifølge deltakerne like viktig å skape tillit hos foreldrene, hvor tid til tillitsbygging og åpenhet fra helsepersonell sin side er viktig. Deltakerne påpeker at enkelte foreldre samtykker til at ungdommen skal til behandling under press fra barnevernet, og med disse foreldrene kan det være vanskelig å oppnå tillit.

Det kreves ifølge deltakerne trygghet for å klare å uttrykke sine behov. Derfor bruker de mye tid på arbeidet med å skape trygghet hos ungdommene, hvor det varierer hvor langt tid de trenger på dette. Omvisning og møter i forkant av innleggelse bidrar til trygghetsfølelsen. De arbeider også med å skape en trygghet hos foreldrene, slik at de stoler på behandlingen. De lar ungdommene bli trygge

før de begynner å stille krav i behandlingen. Trygghet er viktig for at ungdommene skal kunne fortelle om tidligere negative erfaringer med behandling, og det er nødvendig for at helsepersonell skal kunne komme i posisjon til å behandle, som en deltaker forteller:

Først og fremst må vi jo opparbeide oss en relasjon og en trygghet med ungdommene, det er jo liksom sånn at det er de første stegene, relasjon, trygghet. Kommer vi dit så kan vi jo begynne å snakke om ting (Deltaker 2).

Deltakerne arbeider også med å finne en motivasjon hos ungdommene til å ville arbeide i behandlingen, for ungdommene må selv ønske det de driver med. De arbeider med å skape en lyst i dem til å selv ville utvide grensene sine. De påpeker at uten ungdommenes motivasjon er det vanskelig å hjelpe dem, og egenmotivasjonen blir sett på som nøkkelen til å få ungdommene aktive i egen behandling. De arbeider med motivasjonen ved å forberede ungdommene godt før innleggelsen, ved å hjelpe dem til å finne en grunn til å ville bli frisk, og ved å ta tak i det ungdommene selv mener er problemet, og det de ønsker å få hjelp til. De opplever at det ofte er utfordrende og vanskelig å få fram ungdommenes motivasjon til å ville få til endringer.

5.2 Å arbeide med brukervedvirkning

5.2.1 Å være den faglige parten i arbeidet

Deltakerne uttrykker at arbeidet med brukervedvirkning er inspirerende, kreativt, givende, engasjerende, befriende, spennende, interessant og gøy. Det oppleves spennende ettersom de har stor innvirkning på behandlingen, behandlingen avhenger mye av den enkelte behandler, og det legges vekt på viktigheten av å ha stor frihet når det kommer til behandlingstiltak og behandlingsstrategier. Det kommer fram at det oppleves gøy å arbeide med de tre partene i behandling: den faglige part, ungdommene og foreldrene. De har gode erfaringer med brukervedvirkningsarbeidet, og opplever at samarbeidet med ungdommene og familiene fungerer godt. Ungdommene og foreldrene er oftest engasjert i behandlingsforløpet, og de påpeker viktigheten av å opptre ydmykt overfor ungdommene og foreldrene.

Å være den faglige part i behandlingen oppleves som et stort ansvar. Ofte må de selv foreslå behandlingstiltak, ettersom det er få familier og ungdommer som har kunnskap om de ulike behandlingsformene som finnes. Derfor har de erfart at de må være nysgjerrig, arbeide for å forstå situasjonen, de må gi mye av seg selv, være lyttende til hva ungdommene uttrykker, og møte

ungdommene på deres nivå. Deltakerne opplever det som frustrerende, tungt, og de føler seg som dårlige fagpersoner når de ikke ser fremskritt i behandlingen. De synes det er forferdelig når de ser at ungdommene blir verre uten at de kan gjøre noe med det, en følelse som ofte svinger med ungdommenes funksjonsnivå.

Deltakerne uttrykker at det er viktig at ungdommene medvirker og er aktive i sin egen behandling, ettersom det er ungdommenes utfordringer og/eller problemer, og det er de som har fasiten på hvordan de kan bli hjulpet. Det er ungdommene selv som må gjøre jobben, helsepersonell støtter og veilede underveis i behandlingsprosessen. Deltakerne ser på brukervedvirkning som å være en likeverdig partner i behandlingen, og opplever at når de tar tak i det ungdommene ønsker så oppnår de resultater.

Det arbeides med brukervedvirkning fra første dag og det holdes kontinuerlig i fokus gjennom hele behandlingsforløpet. De forsøker å tilrettelegge for medvirkning der det er mulig. Det legges vekt på viktigheten av et grunnleggende verdisyn som promoterer brukervedvirkning, hvor deltakerne trekker fram at medvirkning ikke bare er en rettighet ungdommene har, det ligger dypere forankret i behandlingen. Brukervedvirkning i behandlingen er helt essensielt, en integrert og naturlig del av arbeidskulturen, grunnleggende for behandlingsideologien, det er å være profesjonell, og en grunnpilar for den profesjonelle part. Deltakerne opplever det som helt naturlig, og brukervedvirkning er den eneste måten å gjennomføre behandling på, ettersom en ikke kan forandre et menneske som ikke ønsker forandring. De mener brukervedvirkning fører til følelsen av eierskap til behandlingen, og medvirkning er å tilrettelegge for empowerment. En deltaker beskriver viktigheten av brukervedvirkning slik:

Nei altså det, brukervedvirkning har vel så og si alt å si tenker jeg. At vi møter de som kommer hit med respekt og lytter, og hører stemmene deres. Det har jo på en måte, altså det er jo nesten grunnpilaren for oss som profesjonelle, tenker jeg da. For ellers kan vi jo ikke drive med det vi driver med, det ser jeg ikke helt for meg. så, ja, det er viktig (Deltaker 4).

Viktigheten av å ta ungdommene på alvor og høre deres stemme, trekkes fram som helt sentralt av deltakerne. Det handler om en myndiggjøring av deres stemme. De arbeider derfor for å tilrettelegge slik at ungdommene blir hørt og får gitt uttrykk for det de ønsker i behandlingen, noe som er spesielt viktig når ungdommene er der ufrivillig.

Det kommer fram at medvirkning er viktig, men ikke når det blir på bekostning av forsvarlig helsehjelp. Det er viktig at den faglige vurderingen løftes fram, for det går en grense for når, og i hvilken grad, det er forsvarlig at ungdommene skal få ha medbestemme, hvor det handler om å finne en balanse mellom hvor mye medvirkning en skal tillate for. Brukermedvirkning innebærer ikke at ungdommene har krav på å få det slik de vil, og det er ikke alltid ungdommenes ønsker blir gjennomført, for noen ganger er de for syke til å medvirke i egen behandling. En deltaker uttrykker det slik:

Det er veldig viktig med brukermedvirkning, men ikke på bekostning av at de faktisk får hjelp, ikke brukermedvirkning koste hva det koster vil liksom. Det er jeg ikke for, selv om jeg er veldig for brukermedvirkning så er ... ja, kan det ikke heller gå ut over pasientens beste, for er du ordentlig syk så vet du ikke alltid hva som er til ditt eget beste (Deltaker 3).

Det trekkes fram at brukermedvirkning til tider utfordrer deltakernes faglige vurdering, medisinske kompetanse og autoritet, ettersom ungdommene og familiene noen ganger krever tiltak som de mener ikke er faglig forsvarlig, og det blir en spenning mellom det å hjelpe og familiens autonomi. Men generelt har de erfart at ungdommene og deres foreldre er ydmyke for den kompetansen de innehar, hvor de stoler på, og sjeldent er uenige i, den faglige vurderingen. Det trekkes fram at arbeidet med å forklare beslutninger for deres faglige vurdering er viktig i denne delen av arbeidet.

Faktorer som de har erfart påvirker ungdommenes evne til brukermedvirkning er: alder, modenhet, det de strever med, diagnosen/-ene, og deres evne til å sett ord på følelser. Diagnosen beskrives som noe som påvirker arbeidet både i liten og stor grad. Det trekkes fram at det er viktig å utforske om det er sykdommen eller ungdommen selv som har tatt et valg, og det trekkes fram at sykdommen påvirker hvor aktive ungdommene er i behandlingen, og deres evne til å føle mestring.

De har erfart at det er viktig med nok tid, helsepersonell og ressurser, og at tidspresset de har i behandlingen påvirker prosessen. For tid og fleksibilitet i behandlingen må til for å få fram ungdommenes egne ressurser, men det er både positive og negative sider med god tid. God tid kan redde mange, men også føre til forsinkelser i prosessen, i den forstand at ungdommenes fremgang går for tregt.

Forholdene rundt dette med tvang uttrykkes av deltakerne som krevende, da de har erfaringer med at politikken om ingen tvang ofte kommer i spenning med forsvarlig helsehjelp, og at tvangsvedtak

ikke varer lenge nok til at det har en effekt. Norges lover kan noen ganger virke negativt inn på brukermedvirkningen, ettersom de opplever at brukermedvirkning noen ganger blir mot sin hensikt. De poengterer at lovverket gjør at en ikke kan tvinge ungdommene, og de opplever at ungdommene dermed kan ta valg som ikke er hensiktsmessige, og de kan vri seg vekk fra behandlingstiltak som virker utfordrende, men som kanskje er en viktig del av behandlingen. En deltaker forteller:

Jeg tror kanskje det største problemet med det er at brukermedvirkningen fører til at pasienten og de pårørende ikke ønsker den delen av behandlingen som utfordrer dem. At de på en måte kan være litt tilbøyelige til å vri seg vekk fra det (Deltaker 1).

I arbeidet med brukermedvirkning påpeker deltakerne at det er viktig å involvere og ta hensyn til både ungdommene og foreldrene i behandlingen, ettersom familiedynamikken kan være en del av ungdommenes utfordringer. De arbeider derfor med å få familien til å føle et eierskap til behandlingen, samt å styrke familiedynamikken. De arbeider for å vise at de forstår begge parter, for det er ungdommene og foreldrene som har fasiten. De inkluderer begge parter i utarbeidelsen av behandlingsplanen, og trekker fram at det er viktig å skape en balanse mellom profesjonell kompetanse, ungdommenes ønsker og foreldrenes ønsker, hvor en sammen finner veien videre. De opplever at ungdommene og foreldrene ofte ønsker det samme for behandlingen, men også at en del familier er ambivalente til behandling, og denne ambivalensen blir en viktig del av problemstillingen. Avgjørelser om å avslutte en behandling gjøres i samarbeid med ungdommene og foreldrene, dersom dette er aktuelt.

5.2.2 Å samarbeide med ungdommene

Deltakerne arbeider for å skape et samarbeid med ungdommene, og fremhever at det er ungdommene som er hovedpersonene i behandlingen. De arbeider for at ungdommene selv skal eie fremgangen og at de skal ha følelsen av å være i førersetet. De ønsker å høre hva ungdommene selv ønsker hjelp til og hva de mener problemet er, og det er dette som driver behandlingen videre, ikke hva foreldrene eller andre måtte mene. Det er ungdommene selv som setter mål for behandlingen og det er deres egen «bestilling» som er viktig. En deltaker forteller:

Det hender jo ofte at foreldrene har ganske mange bestillinger for behandlingen på vegne av barnet sitt, men det er vi ikke så opptatt av, fordi vi ønsker å få tak i det ungdommen selv er opptatt av (Deltaker 8).

De vektlegger ungdommenes ønsker og gjør ingenting uten at de er med på tiltakene. Etter hvert i behandlingen kommer foreldrene på banen, men ikke før det er etablert hva ungdommene ønsker. Ved noen av avdelingene er det foreldrene som samtykker til behandling, og ved noen avdelinger er det ungdommene som samtykker til behandling, uansett alder. De påpeker også at det er viktig å ikke gå for fort fram, men å gå i ungdommenes tempo, og la dem få tid til å finne ut hva de føler rundt behandlingen, samt være nøye med å ikke presse ungdommene til noe de ikke er klare for.

Hele veien vektlegger deltakerne det å ivareta ungdommenes stemme i behandlingen. De arbeider for å ta ungdommene på alvor, slik at de føler seg hørt og møtt, selv om de ikke blir møtt 100% der og da, som en deltaker forteller:

Nei det handler liksom om mye av det samme, det her å uansett i hvilke løp du er i og hvilken situasjon du er også, å la ungdommen føle seg møtt og hørt for det om man ikke nødvendigvis blir møtt til 100 % der og da (Deltaker 5).

Deltakerne taler ungdommenes sak i møter de ikke er komfortabel med å delta i. De vektlegger ungdommenes meninger, tar det på alvor dersom de er uenig, og dersom de ikke ønsker at informasjon skal deles med foreldrene. Ofte har ikke ungdommene noen forslag i behandlingen, og det blir opp til helsepersonell å komme med forslag, men det er ungdommene selv som bestemmer om det skal gjennomføres eller ikke. Det er også ungdommene som må si ifra dersom noe må gjøres annerledes i behandlingen. Deltakerne uttrykker viktigheten av at det er ungdommenes liv og deres prosess, helsepersonellet skal hjelpe, bistå, og gå ved siden av. Dersom de ikke ønsker behandling, gir de ungdommene rom til å føle dette.

Samarbeidet med ungdommene beskrives av deltakerne som å variere fra fullt samarbeid til full opposisjon. De legger vekt på at mange av ungdommene ønsker løsningen fra dem, ettersom de synes det er ubehagelig å bestemme selv, og de synes det er vanskelig og skummelt å ta valg, ettersom det betyr at de må ta ansvar. Mange vet ikke hva de trenger eller vil i behandlingen, hva behandling er, og de klarer ofte ikke forestille seg hva behandling innebærer, samt at de har vanskeligheter med å sette seg inn i noe de ikke har gjort før. Mange av ungdommene vil heller ikke anerkjenne at det er nyttig å være til behandling, ettersom det innebærer å ta et valg om å bli og arbeide med problemene sine. De har ofte helt andre tanker om hva utfordringene er, enn det helsepersonell har. De opplever at mange av ungdommene er ambivalente til behandlingen, hvor noen ikke ønsker

dette, og dermed arbeider for å unndra seg behandling. De opplever at noen ungdommer sier ting som ikke stemmer, bare for å gjøre de voksne fornøyde.

Det varierer hvor modne og reflekterte ungdommene er, og deltakerne opplever at de modnes underveis i behandlingen, hvor deres innsikt ofte kommer av seg selv. Det varierer dermed hvor greit ungdommene synes det er å medvirke i behandlingen, og hvor aktive de er i utarbeidelse av behandlingsplanen. Deltakerne mener ungdommene i for liten grad utfordrer det de sier, og det som står i behandlingsplanen, og uttrykker at de skulle ønske ungdommene utfordret dette mer. Mange vegrer seg for virkeligheten ved utskrivning, og deltakerne påpeker at det er viktig at ungdommene også er delaktig i verden utenfor avdelingen, slik at overgangen ikke blir for stor, som en deltaker uttaler:

Det er dessverre situasjonen ofte da, at det går ikke alltid så bra ved utskrivning. Det kan ha gått veldig bra her også er overføringsverdien for lav fordi overgangen blir for stor. Så de som klarer å gå litt på hjemmeskole mens de er her, de klarer seg best da. Og det er jo det vi anbefaler hvis det går, å bevare en fot i den normale verden, som de skal ut i etterpå (Deltaker 8).

5.2.3 Å samarbeide med foreldrene

Deltakerne har erfaringer med at foreldrene er en stor ressurs som ikke må undervurderes, og legger derfor stor vekt på å samarbeide tett med dem. Foreldrene er ofte veien inn til ungdommene og de får mye informasjon gjennom foreldrene. De arbeider derfor med å innhente deres kunnskaper og erfaringer, og bruker dem aktivt for å undersøke hva ungdommene mener om de foreslåtte behandlingstiltak. Oftest er foreldrene på lag med ungdommene, og ungdommene kommuniserer ofte gjennom foreldrene.

Erfaringene med å samarbeide med foreldrene innebærer å få dem til å føle at de og helsepersonell er på samme lag, samt å arbeide for å få dem med på en behandlingsplan. De arbeider med å styrke foreldrenes autoritet, samt å tydeliggjøre overfor foreldrene hva de kan tilby, og hva som er mulig å få til i behandlingen. De legger vekt på at det er viktig å anerkjenne foreldrenes følelser i den situasjonen de står i. Mange foreldre trenger hjelp og støtte, spesielt i avgjørelser de tar for ungdommene, for det er foreldrene som sitter i den krevende posisjonen ifølge deltakerne. En deltaker beskriver det slik:

Du må huske på at dette er foreldre som kommer med stor sorg over et barn som ikke fungerer, et barn som har det følt, et barn som mange ganger ønsker å ta livet av seg. Og det er stor skam å ha fått et barn som ikke klarer det vanlige, som å komme til besteforeldrene på julaften. De får ikke med seg barnet på disse tingene, så det er noe man må respektere. Så det er liksom et sånn bakteppe som vi må huske på og ha respekt for (Deltaker 6).

Deltakerne opplever at foreldrene er redde for konsekvensene overfor ungdommen når de innfører tiltak og utfordrer ungdommene med grensesetting, noe de opplever gjør brukermedvirkningsperspektivet komplekst. Generelt opplever de at samarbeidet med foreldrene går veldig bra, hvor foreldrene er samarbeidsvillige og interessert i kompetansen helsepersonellet innehar. Foreldrene er fornøyde med at de arbeider på ungdommens premisser, og foreldrene blir motiverte når de ser at ungdommen får hjelp. De er oftest fulle av tillit enn av mistillit, og de opplever at foreldrene ofte ser sin rolle i problemet, og at de er en viktig nøkkel i arbeidet.

Deltakerne påpeker også at samarbeidet med foreldrene ikke alltid går like bra, hvor noen foreldre tviler på behandlingen, mye grunnet negative erfaringer med tidligere behandlingsforsøk. De arbeider i disse tilfellene mye med foreldrene, og har samtaler for å finne ut hvor problemet ligger. Deltakerne opplever at de som regel klarer å overkomme denne mistilliten, men de opplever det som utfordrende når foreldrene begynner å tvile på behandlingen, og om det er lurt at ungdommen er til behandling. De opplever også at noen foreldre blir frustrerte over at de tar hva ungdommen mener er problemet på så stort alvor. Noen foreldre samtykker heller ikke til at de kan samarbeide med andre instanser, som skole og fastlege, noe som gjør arbeidet utfordrende.

Deltakerne opplever at foreldrene kan være uenige i fremgangsmåten i behandlingen, og det kan oppstå spenning når foreldrene ikke er enige i behandlingstiltak. De opplever også en ambivalens hos foreldrene, og at noen foreldre nesten saboterer behandlingen. Mange foreldre ser ikke at de selv er en del av utfordringene til ungdommen, og også en del av løsningen, og de opplever det som krevende når foreldrene er uenige seg imellom om hva som er best for barnet sitt. En deltaker forteller om arbeidet med foreldrene slik:

Ja, det er jo veldig stor variasjon. I den ene enden har du de familiene som tar oss imot med åpne armer, hvor samarbeidet er ganske problemfritt. Så det er liksom den ene enden av

skalaen. Den andre enden av skalaen er foreldre som kommer i konflikt med oss, sånn at de syntes vi er håpløse, og vi kanskje syntes de er håpløse, og at det ender med at de bare trekker seg fra behandlingen (Deltaker 1).

For de fleste avdelinger er det foreldrene som samtykker til behandling for sitt barn når det er under 16 år, og deltakerne opplever ofte at det er foreldrene som ønsker hjelp for sitt barn, og ikke ungdommen selv. Av disse grunnene legges ofte ikke ungdommene inn til behandling på bakgrunn av egen motivasjon, men av foreldrenes motivasjon. Noen avdelinger arbeider mere gjennom foreldrene enn ungdommene, hvor de henvender seg til foreldrene for behandlingsønsker, og det er ofte opp til foreldrene å ta beslutninger for hvilke tiltak som skal iverksettes. Det er foreldrene som tar avgjørelsen om behandlingen skal avsluttes og de kan trekke ungdommen fra behandling når de måtte ønske det. Ved noen avdelinger er det en praksis at når helsepersonell og foreldre har tatt en avgjørelser, så får ikke ungdommene rom til å medvirke.

Det oppleves som utfordrende, særlig når ungdommene vil avslutte behandlingen, men foreldrene ønsker at de skal fortsette. Spesielt krevende blir det når helsepersonell også mener behandlingen burde avsluttes, men foreldrene vil fortsette. De trekker fram at i slike situasjoner kommer de ikke i posisjon til å kunne hjelpe ungdommene. En deltaker forteller:

Det er jo noen ganger hvis ungdommen er her på foreldrenes samtykke, og vi ser at vi ikke synes dette her fungerer så veldig bra, og vi prøver å si noe om at vi tror kanskje ikke dette her fungerer akkurat nå, mens foreldrene fremdeles vil ha de her. Da kjenner jeg jo at det er en ganske stor konflikt i forhold til at, en ting er at du ikke kommer i posisjon til ungdommene, og jobbe med det du tenker er nyttig. Også kommer du ikke i posisjon til foreldrene på en måte fordi at de kanskje ikke er villige til å høre på våre anbefalinger, om at de kanskje må ta seg en pause nå (Deltaker 2).

6 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil resultatene bli diskutert opp mot annen litteratur, og bli presentert i den rekkefølgen de har blitt presentert i resultatdelen.

Resultatene viste viktigheten av å tilrettelegge for tilstrekkelig med muligheter for brukermedvirkning i behandlingen, og spesielt viktig var dette i forvernsprosessen.

Forvernsprosessen innebar møter og samtaler før innleggelse, hvor en klargjorde hva ungdommene ønsket hjelp til og deres ønsker for behandlingen, noe som var viktig for at ungdommene tok en aktiv rolle i behandlingen. Dette understøttes av Bjønness, Viksveen et al. (2020), som påpekte viktigheten av å ha planleggingsmøter før innleggelsen, hvor en informerer om hva behandlingen innebærer, klargjør ungdommenes forventninger, samt understreker viktigheten av at de deltar aktivt, hvor dette arbeidet i forkant av innleggelsen kunne bidra til å redusere ufrivillige innleggelse, og manglende motivasjon hos ungdommene. Elstad og Eide (2009) poengterte i tillegg viktigheten av å klargjøre, på forhånd, hva brukermedvirkning innebærer, og i hvilken grad dette er mulig å få til i behandlingen.

Videre viste resultatene viktigheten av at ungdommene opplevde behandlingen som frivillig. Denne frivilligheten trekkes fram i resultatene som viktig for ungdommenes motivasjon til å ville arbeide i behandlingen, og deltakerne hadde dårlige erfaringer med behandling der ungdommene ikke ble innlagt etter eget ønske. Helsedirektoratet (2017) understreker at når brukeren kan påvirke omgivelsene sine gjennom egne valg, styrker det motivasjonen og selvbilde deres, og dersom brukeren ikke opplever dette, kan det føre til en følelse av hjelpeløshet.

Resultatene viste at dersom deltakerne opplevde at ungdommene ikke hadde en god kjemi med den tildelte behandler byttet de rolle seg imellom, slik at de raskt kom i posisjon til å kunne hjelpe dem. Det var også en anerkjennelse blant deltakerne at det er viktig med en god kjemi og relasjon til helsepersonell. Dette står i kontrast til LeFrançois studie (2008), som påpekte at det ble sett på som manipulasjon fra ungdommenes side dersom de ønsket å gjøre endringer i sitt behandlingsteam.

Videre viste resultatene at det ble lagt vekt på individuell tilpasning etter ungdommenes ønsker og behov, noe det ble brukt mye tid på å finne ut av. Dette er i tråd med en annen studie som påpekte at ungdommer ofte har komplekse behov, noe som gjør det vanskelig å forhåndsdefinere et behandlingsforløp, hvor det er spesielt viktig med individuell tilpasning hos ungdommer med alvorlig psykisk lidelse (Bjønness, Viksveen, et al., 2020). Bahun (2022) påpekte at det var viktig å

ha fokus på den enkeltes rettigheter til å påvirke sitt individuelle behandlingstilbud for å lykkes med brukermedvirkning, og Elstad og Eide (2009) poengterte at det var viktig med individuell tilpasning, selv om det innebar at brukeren kunne velge å ikke delta i aktiviteter og møter. Men, Bjønness, Viksveen et al. (2020) understreket at individuell tilpasning ikke var mulig å tilby alle, ettersom det var begrenset med ressurser.

Resultatene viste at deltakerne la vekt på å skape et samarbeidsprosjekt, og en felles forståelse av hva behandlingen innebar, samt viktigheten av å være transparent i behandlingsavgjørelser. Helsedirektoratet (2017) understreker at brukermedvirkning handler om at fagperson og bruker sammen kommer fram til den beste løsningen, hvor brukeren er en likeverdig partner angående beslutninger som berører han/henne. En studie understreket at uten en felles forståelse av behandlingen, kunne man risikere at ungdommene arbeidet mot behandler, uansett hvor gode behandlers intensjoner var (Bjønness, Viksveen, et al., 2020).

Videre viste resultatene at ungdommene ble inkludert i en rekke standardiserte aktiviteter som skulle sikre brukermedvirkning, som utarbeidelse av behandlingsplaner, møter og jevnlig evalueringer av behandlingen. Målet var å inkludere ungdommene i den grad det var mulig. Dette samsvarer med Tambuyzer et al. (2014) som påpekte at brukermedvirkning også handler om pasientens aktive deltakelse i aktiviteter. Bjønness, Viksveen, et al. (2020) poengterte i sin studie at møter var viktige arenaer for brukermedvirkning, og det ble anbefalt som beste praksis å involvere ungdommene til deltakelse i disse. En rekke studier har kommet fram til at begrepet brukermedvirkning er vagt definert (Bee et al., 2015; Jansen & Hanssen, 2017; Jørgensen & Rendtorff, 2018), og Jørgensen og Rendtorff (2018) poengterte at arbeidet med brukermedvirkning var mye opp til personlige perspektiver og tolkninger, noe som førte til at arbeidet med dette varierte.

Som en del av det å muliggjøre brukermedvirkning og bidra til økt empowerment hos ungdommene, la deltakerne i denne studien stor vekt på å finne ut hva ungdommene selv mente var problemet, hva de hadde behov for av hjelp, og hva som var nyttig for dem. Det ble fokusert på at det var ungdommene som måtte gjøre jobben, og helsepersonell støttet og veiledet underveis. Dette støttes av Goodwin og Happell (2007) som påpekte at sykepleierne kunne invitere til brukermedvirkning, men brukeren måtte selv ønske å delta aktivt. Disse resultatene sammenfaller også med resultater fra TEngland (2008), som samtidig poengterte viktigheten av at den profesjonelle ga fra seg makt, og samtidig arbeidet for å øke makten hos personen. Finfgeld (2004)

påpekte at det er klienten selv som er ansvarlig for å empowere seg selv, og ifølge Fumagalli et al. (2015), innebærer empowerment at pasienten selv tilegner seg motivasjon, selvbevissthet, holdninger, ferdigheter og kunnskaper. Dette understøtter resultatene i en annen studie, som påpekte at empowerment ikke er noe som kan gis eller overføres fra personalet til pasienten, ettersom det ikke er mulig å empowere en person som ikke er mottakelig for dette (Wahlin, 2017)

For å gjøre ungdommene i stand til å medvirke var det ifølge resultatene viktig å arbeide for å finne en motivasjon hos ungdommene til å ville arbeide i behandlingen, noe som ofte opplevdes som vanskelig. De arbeidet med ungdommenes motivasjon ved å forberede dem godt før innleggelse, finne en grunn til å ville bli frisk, og ta tak i det ungdommene mente var problemet. Uten motivasjon ble det vanskelig å hjelpe dem, ettersom egenmotivasjon var nøkkelen til at de tok en aktiv rolle i behandlingen. Dette er i tråd med Linhorst et al. (2002), som påpekte at manglende motivasjon hos klienten er til hinder for brukermedvirkning, noe som også støttes av Fumagalli et al. (2015) som påpekte i sin studie at pasientens tilegnelse av motivasjon var viktig for å kunne medvirke i behandlingen. Helsedirektoratet (2017) påpeker imidlertid at brukermedvirkning samtidig bidrar til motivasjon, ettersom når brukeren kan påvirke omgivelsene sine gjennom egen valg, vil det kunne styrke motivasjonen. Wahlin (2017) poengterte at motivasjon og vilje hos pasienten er helt nødvendig for at empowermentprosesser skal kunne oppstå, noe som støttes av Halvorsen et al. (2020). Tengland (2008) poengterte også at det var viktig i dette arbeidet at pasienten selv tok noe av ansvaret og kontrollen for behandlingen.

I resultatene kom det fram at arbeidet med brukermedvirkning også involverte et opplysningsarbeid og psykoedukasjon, hvor det var et fokus på å få ungdommene til å forstå målet med behandlingen, hva det innebar, samt å utvide deres innsikt og forståelse av det de strevde med, slik at de ble i stand til å hjelpe seg selv videre. Stomski og Morrison (2017) poengterte i sin studie at kunnskap var en viktig forutsetning for tilrettelegging av brukermedvirkning, og som Goodwin og Happell (2006) fremhevet i sin studie, vil brukere og omsorgspersoner bare være i stand til å medvirke i behandlingen når de har tilstrekkelig med informasjon, og forståelse av den mentale lidelsen. Det poengteres også i en annen studie at informasjonen bør leveres med hensyn til klientens kognitive evner (Linhorst et al., 2002), og uten for mye medisinskfaglige begreper (Goodwin & Happell, 2007).

Det kom videre fram i resultatene at det var viktig å bruke tid på å arbeide for å skape tillit og trygghet hos ungdommene og foreldrene, for å kunne komme i posisjon til å behandle. Dette er i

tråd med Helsedirektoratet (2017) hvor det understrekes at arbeidet med brukermedvirkning innebærer å ta brukeren på alvor, behandle denne med respekt, skape tillit og trygghet, hvor fagpersonen viser evnen til å lytte og oppfører seg som et medmenneske. Bahus (2022) understreket at brukermedvirkning på individnivå skal sikre at brukeren blir sett og respektert, noe som kan minimere følelsen av hjelpeløshet i møtet med helse- og omsorgstjenestene.

Det kom også fram av resultatene at deltakerne syntes arbeidet med brukermedvirkning var givende og engasjerende, og de hadde gode erfaringer med brukermedvirkningsarbeidet. Dette samsvarer med tidligere forskning som fremhevet at å gjøre pasienter i stand til å medvirke var motiverende og meningsfullt, og ansett som viktig for utfallet av behandlingen (Jansen & Hanssen, 2017), men står også i kontrast til Bee et al. (2015), som påpekte at brukermedvirkning i behandlingsplanleggingen var vanskelig å få til i praksis, ettersom helsepersonell følte seg begrenset av frykten for konsekvensene dersom noe gikk galt i behandlingen. Dette kom også fram i en studie av LeFrançois (2008), som påpekte at det eksisterte en bekymring blant deltakerne for at de skulle miste kontrollen over situasjoner dersom ungdommene fikk for mye frihet i beslutningstakingen. Jørgensen og Rendtorff (2018) påpekte også at helsepersonell opplevde brukermedvirkningssamarbeidet som utfordrende, ettersom det medførte at de måtte tilpasse seg den enkelte pasient.

Videre viste resultatene at deltakerne opplevde at brukermedvirkning medførte et stort ansvar, de hadde erfart og opplevd at de måtte gi mye av seg selv, komme ned på ungdommenes nivå, og arbeide for å forstå situasjonen. Dette samsvarer med Tengland (2007), som poengterte at det var viktig for en empowerment prosess å forstå personens syn på verden, utøve reell brukermedvirkning, samt opptre genuint, og vise genuin interesse for personen. Bjønness, Viksveen, et al. (2020) fremhevet derimot at utførelsen av brukermedvirkning i behandlingen opplevdes som å ta bort noe av helsepersonellens ansvar for behandlingen, og påpekte samtidig i sin studie at brukermedvirkning innebar å møte ungdommene med mer omsorg og varme enn de tidligere har gjort, noe som opplevdes som utfordrende, men nødvendig.

Det kommer også fram i resultatene at deltakerne hadde en forståelse av at det var ungdommene som hadde fasiten på sine utfordringer og hva som kunne hjelpe. Helsepersonellens arbeid var å støtte og veilede ungdommene underveis, hvor man var en likeverdig partner i behandlingen. Dette blir også påpekt av Jørgensen et al. (2018), hvor det ble anerkjent at brukeren var ekspert på seg selv, og at det var viktig for arbeidet med brukermedvirkning å ta med seg brukerens kunnskaper og

erfaringer inn i behandlingen, ettersom det er brukerne som vet hva som kan hjelpe og hvordan de kan hjelpes.

Resultatene viste at det var viktig å løfte fram den faglige vurderingen, spesielt i de tilfeller hvor ungdommene og deres familie krevde behandlingstiltak som ikke var medisinsk forsvarlig. Deltakerne la også vekt på at det går en grense for når det er forsvarlig at ungdommene får medbestemme i behandlingen, ettersom de noen ganger er for syke til dette. I disse tilfellene falt brukermedvirkningsperspektivet bort, slik at det ikke gikk på bekostning av forsvarlig helsehjelp. Dette understøtter resultatene i en studie av Solbjør et al. (2013), som samtidig påpekte at det ved alvorlig psykisk lidelse var viktig å arbeide for å ivareta pasientens beste interesser, ettersom pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan ha et forvrengt verdensbilde, dårlig innsikt, kommunikasjonsproblemer, og redusert evne til å samarbeide. Ved alvorlig psykisk lidelse ble ofte medvirkningen redusert til et informasjonsarbeid, hvor pasienten fikk en passiv rolle (Jørgensen & Rendtorff, 2018). Dette understøttes av Stomski og Morrison (2017), som poengterte at helsepersonellens rolle var å gjøre brukerne i stand til å medvirke, men samtidig ta kontroll over behandlingen når de oppfatter at brukerne tok avgjørelser som var skadelige for dem.

Deltakerne i denne studien trakk fram at fleksibilitet, nok tid, tilstrekkelig med helsepersonell, og ressurser var viktig i arbeidet med brukermedvirkning. Men når det kom til faktorer som utfordret brukermedvirkningsarbeidet la deltakerne størst vekt på det som hadde med ungdommene selv å gjøre, som alder, modenhet, diagnose, evnen til å sette ord på følelser, og evnen til å sette seg inn i situasjoner. Resultatene viste også at det ble lagt lite vekt på systemiske faktorer, som andre studier har framhevet, hvor Bjønness, Viksveen et al. (2020) poengterte at strukturen i psykiatrien var til hinder for brukermedvirkning, noe som støttes av Jørgensen et al. (2018), som påpekte at organisasjonskulturen gjorde brukermedvirkningsarbeidet vanskelig å gjennomføre, og Tveiten et al. (2011) fremhevet at psykiatriens organisering ble oppfattet som paternalistisk.

Brukermedvirkning blir beskrevet av flere som nøkkelen i en reform av psykiatrien, hvor en går bort fra de paternalistiske holdningene, mot en mer holistisk tilnærming (Bee et al., 2015; Jørgensen & Rendtorff, 2018; Storm & Edwards, 2013). I tillegg fremhever andre studier at mangel på tid (Bee et al., 2015; Jansen & Hanssen, 2017; Jørgensen & Rendtorff, 2018; Tambuyzer et al., 2014), manglende kompetanse og ferdigheter hos helsepersonell (Bee et al., 2015; Jørgensen & Rendtorff, 2018), samt tvang (Bjønness, Grønnestad, et al., 2020) begrenset brukermedvirkningsarbeidet.

Deltakerne i denne studien anså også brukermedvirkning som helt essensielt i arbeidet, det var en naturlig og integrert del av arbeidskulturen, og det ble sett på som en grunnpilar for den profesjonelle part. Dette står i kontrast til andre studier som påpekte at negative holdninger til brukermedvirkning blant helsepersonell var et velkjent problem (Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Jørgensen & Rendtorff, 2018; Kortteisto et al., 2018; Linhorst et al., 2002; Tambuyzer et al., 2014). I satsingsområdene i Ottawa Charteret (1986), legges det vekt på at det må et økt fokus til på utdannelsen av helsepersonell i retning av en mer helsefremmende yrkesutøvelse, hvor det handler om å arbeide for å øke individers muligheter til å utøve kontroll over egen helse (World Health Organization, 1986). Dette er viktig, som Castro et al (2016) poengterte, ettersom det er umulig å promotere en empowermentprosess uten brukermedvirkning, hvor helsepersonell kan bidra ved å involvere pasienten i avgjørelser som påvirker deres livskvalitet. Dette understøtter at resultatene i denne studien kan tyde på at man er på vei bort fra de paternalistiske holdningene.

Studien viste at det varierte hvor mye deltakerne opplevde at diagnosen påvirket arbeidet med brukermedvirkning. De fremhevet at brukermedvirkning ble spesielt utfordrende når ungdommene ikke visste hva de ville, og hva de trang hjelp til. Det er et kjent problem at pasientenes manglende evne til å beskrive sine utfordringer gjør arbeidet med brukermedvirkning mer utfordrende (Jørgensen & Rendtorff, 2018). Annen forskning har også vist at diagnosen og den psykiske lidelsens alvorlighetsgrad påvirker brukermedvirkningsarbeidet (Bjønness, Viksveen, et al., 2020; Jørgensen & Rendtorff, 2018; Linhorst et al., 2002), og som Bee et al (2015) poengterte, vil brukermedvirkning nesten være umulig uten en diagnose.

I denne studien kom det også fram at deltakerne mente at brukermedvirkning handlet om å myndiggjøre ungdommenes stemme. De arbeidet med å tilrettelegge slik at ungdommene fikk gitt uttrykk for sine meninger, og ble tatt på alvor, men, brukermedvirkning kunne føre til at ungdommene vred seg vekk fra behandlingstiltak som var ubehagelige, og brukermedvirkning opplevdes noen ganger å være mot sin hensikt. Elstad og Eide (2009) poengterte i sin studie at brukers individuelle tilpasninger og ønsker for behandlingen var viktig, selv om det innebar at brukeren valgte å ikke delta i nyttige aktiviteter, noe som står i kontrast til en studie av Solbjør et al. (2013), som påpekte viktigheten av at helsepersonell hadde en holdning om at uansett hvor syk pasienten var så skulle denne bli tatt på alvor og respektert, men ikke når det gikk på bekostning av pasientens eget beste.

Studien viste at deltakerne mente det var viktig å involvere, og ta hensyn til, både ungdommene og foreldrene i behandlingsforløpet, ettersom familiedynamikken kunne være en del av utfordringene. Deltakerne tilstrebet å danne en balanse mellom helsepersonell, ungdommene og foreldrene, og sammen finne veien videre i behandlingsforløpet. Bee et al. (2015) påpekte at brukere og omsorgspersoner bidrar med viktig innsikt og informasjon om situasjonen de står i, og det har en positiv effekt å involvere alle parter i beslutningstakingsprosessen. Dette støttes av Goodwin og Happell (2006), som trakk fram viktigheten av at det utvikles og implementeres strategier hvor både brukere og omsorgspersoner får mulighet til medvirkning.

Resultatene i studien viste også at deltakerne arbeidet for at ungdommene skulle oppleve at de var i førersetet av behandlingen, og at ungdommene skulle eie sin egen fremgang, og det var deres ønsker som drev behandlingen fremover. I studien til Bjønness, Viksveen, et al. (2020) ble det også beskrevet som viktig å involvere og utfordre ungdommene til å bli ‘‘kaptein på deres eget skip’’. Dette står i kontrast til LeFrançois (2008), som påpekte at ungdommene ofte ble sett på som inhabile til å medvirke i behandlingen. Ottawa charteret (1986) legger vekt på at mennesker ikke kan oppnå sitt fulle helsepotensialt med mindre de er i stand til å ta kontroll over de tingene som påvirker helsen deres (World Health Organization, 1986), og arbeidet med dette anses derfor som viktig.

I studien uttrykte deltakerne at mange ungdommer ønsket at valg i behandlingen skulle være opp til helsepersonell, ettersom de syntes det var skummelt å ta valg, de visste ikke hva de hadde behov for, samt at de hadde vanskelig med å sette ord på behovene. Dette er i tråd med Jansen og Hanssen (2017), som poengterte at ikke alle pasienter ønsker å medvirke i behandlingen, og Jørgensen og Rendtorff (2018) påpekte også at mange pasienter ofte behøvde mye hjelp og støtte til å involvere sine erfaringer konstruktivt. Elstad og Eide (2009) påpekte i sin studie at helsepersonell kunne oppleve at brukere ofte var redde for at medvirkning skulle føre til at de fikk mindre støtte, og mer ansvar enn det de klarte å håndtere.

Deltakerne i studien mente at foreldrene var en stor ressurs i behandlingen, ettersom de fikk mye informasjon gjennom foreldrene, og de var ofte veien inn til ungdommene. Derfor var det viktig å arbeide tett med dem og lytte til deres erfaringer. Dette støttes av Goodwin og Happell (2007), som poengterte i sin studie at omsorgspersonene var helt nødvendig for å kunne utøve nødvendig helsehjelp overfor brukeren, hvor deres innspill var avgjørende for å oppnå kvalitet i behandlingen.

Bjønness, Viksveen, et al. (2020) trakk fram at høy grad av brukermedvirkning var lettere å oppnå i de tilfeller hvor ungdommene hadde en familie som ga dem den omsorgen de trang.

Videre i denne studien viste resultatene at det var blandede opplevelser med samarbeidet med foreldrene. På den ene siden gikk samarbeidet veldig bra, hvor foreldrene var samarbeidsvillige, så sin rolle i problemet, og viste interesse for helsepersonellens kompetanse. På den andre siden viste studien at de opplevde at foreldrene var skeptiske til behandlingen. Dette ble også påpekt av Goodwin og Happell (2007), som fant at ikke alle opplevde det som positivt å involvere omsorgspersonene i behandlingen, selv om de mente det var viktig. Ofte var det en vanskelig prosess, og omsorgspersonene hadde en tendens til å eskalere situasjoner i en negativ retning (Goodwin & Happell, 2007). En annen studie viste at det å balansere forholdet mellom omsorgspersonene og brukeren var en kilde til stress hos sykepleierne, og de opplevde en rollekonflikt ettersom de følte seg presset midt mellom bruker og omsorgsperson (Goodwin & Happell, 2006). Videre viser denne studien at brukermedvirkning ofte handlet om å forhandle fram den beste løsningen for alle partene involvert, hvor det ikke alltid ble til det beste for brukeren (Goodwin & Happell, 2006).

I studien kom det også fram at selv om det var et fokus på at behandlingstiltak ikke skulle gjennomføres uten ungdommens samtykke, viste det seg at mange av avdelingene arbeidet mer gjennom foreldrene enn ungdommene, og brukermedvirkning ble mer på foreldrenes premisser. Ved de fleste avdelinger samtykket foreldrene til behandlingen. Det var spesielt krevende når både helsepersonellet og ungdommene mente behandlingen burde avsluttes, mens foreldrene mente de skulle fortsette, hvor beslutningsmakten lå hos foreldrene. Dette samsvarer med Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-4), som lovfester foreldrenes rett til informasjon i behandlingen dersom pasienten er under 16 år, med mindre det er grunner til at informasjon skal holdes tilbake, eller tungtveiende hensyn tilsier at informasjon ikke skal deles. Etter loven har foreldrene rett til å medvirke sammen med ungdommen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

7 Studiens styrker og svakheter

Ettersom forskeren har gått inn i et ukjent fagfelt kan det ha påvirket forskningen ved at forskeren ikke har den nødvendige kjennskapen til, og innsikt i, fagfeltet som studeres, men dette kan også være en styrke. Thagaard (2018, s. 190) poengterer at når forskeren ikke har kjennskap til feltet fra før av, utvikler forskeren en forståelse av hvordan deltakerne opplever sin situasjon underveis, for dersom forskeren har kjennskap til miljøet kan man gå glipp av nyanser som ikke samsvarer med egne erfaringer.

Utvalgets heterogenitet er en styrke i denne studien, da man med et heterogent utvalg har en større sannsynlighet for å kunne generalisere resultatene, enn om utvalget hadde vært homogent (Robinson, 2014). Graneheim og Lundman (2004) fremhever også at når man velge deltakere med varierende erfaringer øker sannsynligheten for å få belyst studiens mål fra flere aspekter. Deltakerne i denne studien har stor spredning i egenskaper, da deltakerne er fra tre forskjellige fylker, fra syv forskjellige avdelinger, de har forskjellig utdannelse, arbeidserfaring, variasjon i alder, begge kjønn er representert, og de arbeider både poliklinisk og ved avdelinger med inneliggende pasienter, men fire av deltakerne i denne studien er fra samme klinikk. Dersom det hadde vært mulig med et annet type utvalg, ville det blitt valgt deltakere som alle arbeidet ved forskjellige klinikker og avdelinger. Dette ville kunne fremskaffet en annen kunnskap, samt at deltakernes konfidensialitet ville blitt styrket.

En svakhet ved denne studien kan ha vært at leder var aktivt med i rekrutteringsprosessen. Ved enkelte avdelinger viste det seg også at leder var rekrutterende part uten at dette var tiltenkt. Det har medført at deltakerne i denne studien er sterkt anonymisert, som et tiltak for å bevare konfidensialiteten. Dette gjenspeiler seg i beskrivelsen av utvalget hvor enkelte karakteristikk er unnlatt å beskrive, samt i utvelgelsen av sitater til å underbygge resultatene. Skulle studien blitt utført på nytt, ville det blitt utført slik at leder ikke var aktivt involvert i rekruttering av deltakere, slik at en kunne sikre deltakernes konfidensialitet bedre, samt styrke studiens reliabilitet.

Det er i denne studien gjort et tilgjengelighetsutvalg. Det ville blitt gjort et annet type utvalg dersom det var flere deltaker tilgjengelig, noe som ville frembrakt en annen kunnskap. Thagaard (2018, s. 57) poengterer at et tilgjengelighetsutvalg kan ha en tendens til å representere personer som er fortrolige med forskning, og som mestrer sin livssituasjon godt, noe som kan gi skjevheter som kan påvirker resultatene. For denne studien kan det bety at deltakerne er personer som er positive til arbeidet med brukermedvirkning eller som vil fremheve hvordan deres avdeling arbeider med dette.

På den måten kan man miste verdifull informasjon fra deltakere som ikke er like fortrolige med denne situasjonen. Ettersom det viste seg at ledere har rekruttert enkelte deltakere, kan det ha ført til at studien allikevel inkluderer deltakere som ikke ellers ville meldt seg på studien, noe som i denne sammenheng kan være en styrke.

Brinkmann og Kvale (2015, s. 72) beskriver kvalitative intervjuer som et håndverk som må læres. Både teoretisk kunnskap om intervjueteknikk og praktisk erfaring er nødvendig for å bli en høyt kvalifisert intervjuer, noe som læres gjennom praktisering (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 71-76). Test-intervju ble derfor gjennomført, noe som ga nyttig erfaring i intervjusituasjonen og tilbakemeldingene fra test-deltakeren ga forskeren viktig innsikt i forskerens væremåte, og var dermed en viktig erfaring å ta med seg inn i forskningsintervjuene.

Det optimale ville vært å utføre alle intervjuene ansikt-til-ansikt. Intervjuer ansikt-til-ansikt har den fordel at den ikke-verbale kommunikasjonen er tilgjengelig for forskeren, hvor deltakernes bevegelser og ansiktsuttrykk kan observeres under intervjuet (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 174). Det er i denne studien utført tre typer individuelle intervjuer: ansikt-til-ansikt, telefon og over video. Ansikt-til-ansikt intervjuer er en styrke ved denne studien ettersom kroppsspråket gir forskeren viktig informasjon som kan brukes til å vurdere oppfølgingsspørsmål som stilles (Thagaard, 2018, s. 102-103). For telefonintervjuene kan det ha påvirket datamaterialet at kroppsspråket forsvant. En fare ved telefonintervjuer er at det kan gjøre deltakeren ukomfortable med å snakke om sensitive ting, men samtidig kan også anonymiteten telefonintervjuer gir føre til en trygghet, slik at de nettopp blir komfortable med å snakke om slikt (Musselwhite et al., 2007). Telefonintervjuer har også den fordel at det er mulig å snakke med personer ved store geografiske avstander (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 174), og som for tilfellet i denne studien, hvor det ikke var mulig for forskeren å reise til avtalt sted. For videointervjuet er det forskerens oppfatning at den non-verbale kommunikasjonen var like tilgjengelig som om intervjuet var ansikt-til-ansikt.

Intervjuguiden i denne studien er designet for intervjuer ansikt-til-ansikt, noe som kan gjøre at den ikke er like godt egnet til telefonintervjuer. Intervjuguiden var også en åpen semi-strukturert guide. En risiko ved en for åpen intervjuguide er at deltakerne svarer forskjellig fra hverandre på spørsmålene, og det kan bli vanskelig å trekke data ut av alle intervjuene (Knox & Burkard, 2009). Det er allikevel forskerens oppfatning at intervjuguiden frembrakte gode data fra deltakerne, ettersom de fortalte mye av det samme, og datamaterialet inneholder mange nyanser innfor temaet som utforskes.

Denne studien er avgrenset til ungdom i alderen 12-16 år. Noe forskeren underveis i intervjuene presiserte at er denne aldersgruppen man ønsker refleksjoner rundt, men deltakerne snakket allikevel om barn og unge i andre aldersgrupper. Det ble da etterspurt deres opplevelser og erfaringer med temaet de snakket om for aldersgruppen 12-16 år, for å ha fokus på studiens mål. Dette kan ha påvirket datamaterialet, ettersom det ikke er noen garanti for at deltakeren utelukkende har fortalt om sine opplevelser og erfaringer med unge i alderen 12-16 år.

8 Konklusjon

Denne studien har undersøkt helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for, og arbeide med, brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien, med ungdom i alderen 12-16 år.

Resultatene samsvarer godt med resultatene fra teorier om hvordan en kan skape vellykket brukermedvirkningsarbeid. Videre viste denne studien at deltakerne var positive til å tilrettelegge for brukermedvirkning, noe som står i kontrast til eksisterende forskning på feltet, som trekker fram negative holdninger og en skepsis, samt redsel, for at pasienter skal medvirke. Dette kan tyde på at man er på vei bort fra de paternalistiske holdningene, mot mer holistiske holdninger hvor brukermedvirkning er en sentral del av arbeidet.

Studien viste at brukermedvirkningsarbeidet handlet om å skape trygge rammer, tilrettelegge møter slik at ungdommene turte å delta, legge vekt på individuell tilpasning, og skape en relasjon, motivasjon, tillit og trygghet hos ungdommene. Videre viste studien at det var viktig å ha fokus på å inkludere ungdommene der det var mulig, ta ungdommene på alvor, oppmuntre de til å si sin mening, samt opplysningsarbeid og psykoedukasjon. Helsepersonellens rolle var å støtte og veilede ungdommene underveis, ettersom det ble ansett at det var ungdommene som måtte gjøre jobben. Helsepersonell i denne studien så på brukermedvirkning som et stort ansvar, men ble opplevd som interessant, spennende og inspirerende. Det kom fram i studien at brukermedvirkning var veien til empowerment av ungdommene, hvor det handlet om å myndiggjøre deres stemme, og det ble sett på som helt grunnleggende og essensielt i behandlingen. Videre viste studien at det var viktig å tilrettelegge for brukermedvirkning, men samtidig like viktig å legge vekt på når det ikke var forsvarlig å tilstrebe medvirkning, ettersom det ikke skulle gå på bekostning av forsvarlig helsehjelp.

Studien viste også at deltakerne la vekt på viktigheten av å arbeide for at ungdommene skulle ha et eierforhold til behandlingen, hvor det ble ansett at ungdommenes ønsker skulle drive behandlingen fremover. Ingen behandlingstiltak skulle utføres uten ungdommenes samtykke. Å involvere foreldrene i arbeidet var også viktig, ettersom familiedynamikken hadde innvirkning på det ungdommen strevde med. Foreldrene ble ansett som en stor ressurs i arbeidet, som ikke måtte undervurderes, og det var viktig å innhente deres kunnskaper og erfaringer. Selv om resultatene viste at det var ungdommenes ønsker som drev behandlingen videre, arbeidet de fleste avdelinger mer gjennom foreldrene, hvor det var foreldrene og helsepersonell som tok avgjørelser, og ofte ble ungdommene innlagt til behandling etter foreldrenes ønske og motivasjon.

I senere studier kan det være av interesse å utforske videre den innvirkningen foreldrene har på behandlingen, ettersom det på den ene siden virket som at ungdommene bestemte og satte intensjonen for behandlingen, mens på den andre siden var det foreldre og helsepersonell som tok avgjørelser på vegne av ungdommene. Denne studien viste også at helsepersonell hadde ønske om, og verktøyene til, å overføre sin makt til ungdommene og utføre reell brukermedvirkning, men de norske lover som gir foreldrene rett til medvirkning og informasjon ovenfor sitt barn, sto sterkt i behandlingen.

Referanseliste

- Akershus Universitetssykehus. (2022). *BUP Grorud*. <https://www.ahus.no/avdelinger/psykisk-helsevern/barn-og-unges-psykiske-helsevern-abup/bup-grorud>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arnstein, S. R. (2019). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944363.2018.1559388> (Opprinnelig utgitt 1969)
- Bahus, M. K. (2022, 14.10.22). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Store Norske Leksikon. https://snl.no/brukermedvirkning_i_helsetjenesten
- Bee, P., Brooks, H., Fraser, C. & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 52(12), 1834-1845. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.008>
- Bjønness, S., Grønnestad, T. & Storm, M. (2020). I'm not a diagnosis: Adolescents' perspectives on user participation and shared decision-making in mental healthcare. *Scandinavian journal of child and adolescent psychiatry and psychology*, 8, 139-148. <https://doi.org/https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-014>
- Bjønness, S., Viksveen, P., Johannessen, J. O. & Storm, M. (2020). User participation and shared decision-making in adolescent mental healthcare: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 14(1), 2-2. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-0310-3>
- Breeze, J. (1998). Can paternalism be justified in mental health care? *J Adv Nurs*, 28(2), 260-265. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00786.x>
- Bremnes, R. & Indergård, P. J. (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021* (IS-3038). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202021.pdf/attachment/inline/835894ee-6533-4113-affe-6466c2889be6:a8894c4c0c0b0cc3479cd93aab9c4dae1c9aa71e/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge-2021.pdf>
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2015). *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed. utg.). Sage.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & Van Hecke, A.-M. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns*, 99, 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>

- Elstad, T. A. & Eide, A. H. (2009). User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scand J Caring Sci*, 23(4), 674-681. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00660.x>
- Fingfeld, D. L. (2004). Empowerment of individuals with enduring mental health problems: results from concept analyses and qualitative investigations. *ANS Adv Nurs Sci*, 27(1), 44-52. <https://doi.org/10.1097/00012272-200401000-00006>
- Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E., Bertele', P. & Masella, C. (2015). Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy*, 119(3), 384-394. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.017>
- Goodwin, V. & Happell, B. (2006). Conflicting agendas between consumers and carers: The perspectives of carers and nurses. *Int J Ment Health Nurs*, 15(2), 135-143. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00413.x>
- Goodwin, V. & Happell, B. (2007). Psychiatric Nurses' Attitudes Toward Consumer and Carer Participation in Care: Part 1—Exploring the Issues. *Policy Polit Nurs Pract*, 8(4), 276-284. <https://doi.org/10.1177/1527154408315640>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grealish, A., Tai, S., Hunter, A., Emsley, R., Murrells, T. & Morrison, A. P. (2016). Does empowerment mediate the effects of psychological factors on mental health, well-being, and recovery in young people? *Psychol Psychother*, 90(3), 314-335. <https://doi.org/10.1111/papt.12111>
- Halvorsen, K., Dihle, A., Hansen, C., Nordhaug, M., Jerpseth, H., Tveiten, S., Joranger, P. & Ruud Knutsen, I. (2020). Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient Educ Couns*, 103(7), 1263-1271. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.017>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Oppdragsdokument 2022 Helse Sør-Øst RHF*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2022-hso-endelig-10jan.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023). *Oppdragsdokument 2023 Helse Sør-Øst RHF*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2023-helse-sor-ost-rhf.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, 11.04.22). *Brukermedvirkning*. Hentet 30.08.22 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2022, 18.03.22). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge*. Hentet 14.04.23 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge#referere>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hickey, G. & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *J Clin Nurs*, 7(1), 83-88. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1998.00122.x>
- Jansen, T. L. & Hanssen, I. (2017). Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scand J Caring Sci*, 31(2), 388-394. <https://doi.org/10.1111/scs.12358>
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry*, 202(54), 5-10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>

- Jørgensen, K. & Rendtorff, J. D. (2018). Patient participation in mental health care – perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 490-501. <https://doi.org/10.1111/scs.12531>
- Jørgensen, K., Rendtorff, J. D. & Holen, M. (2018). How patient participation is constructed in mental health care: a grounded theory study. *Scand J Caring Sci*, 32(4), 1359-1370. <https://doi.org/10.1111/scs.12581>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso Caballero, J., Lee, S. & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359-364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Knox, S. & Burkard, A. W. (2009). Qualitative research interviews. *Psychother Res*, 19(4-5), 566-575. <https://doi.org/10.1080/10503300802702105>
- Kortteisto, T., Laitila, M. & Pitkänen, A. (2018). Attitudes of mental health professionals towards service user involvement. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 681-689. <https://doi.org/10.1111/scs.12495>
- LeFrançois, B. (2008). "It's Like Mental Torture": Participation and Mental Health Services. *CHIL*, 16(2), 211-227. <https://doi.org/10.1163/157181808X301809>
- Linhorst, D. M., Hamilton, G., Young, E. & Eckert, A. (2002). Opportunities and Barriers to Empowering People with Severe Mental Illness through Participation in Treatment Planning. *Social Work*, 47(4), 425-434. <https://doi.org/10.1093/sw/47.4.425>
- Mackenzie, N. & Knipe, S. (2006). Research dilemmas : paradigms, methods and methodology. *Issues in educational research*, 16(2), 193-205. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/research-dilemmas-paradigms-methods-methodology/docview/2393182114/se-2>
- Malt, U. & Aslaksen, P. (2022, 13.12.22). *Psykiske lidelser*. Store medisinske leksikon Hentet 21.04.23 fra https://sml.snl.no/psykiske_lidelser
- Mathisen, V., Lorem, G. F., Obstfelder, A. & Måseide, P. (2016). Whose decision is it anyway? A qualitative study of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental healthcare. *Mental health review journal*, 21(4), 249-260. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2016-0003>
- Musselwhite, K., Cuff, L., McGregor, L. & King, K. M. (2007). The telephone interview is an effective method of data collection in clinical nursing research: A discussion paper. *Int J Nurs Stud*, 44(6), 1064-1070. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.014>
- Neumann, C. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen : en metodebok om situering*. Cappelen Damm akademisk.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Universitetsforl. Oslo kommune. (2022). *Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)*. <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/psykisk-helsehjelp/barne-og-ungdomspsykiatrisk-poliklinikk-bup/#shortname=bgr>
- Oslo universitetssykehus. (2022). *BUP Oslo Syd*. <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/barne-og-ungdomspsykiatrisk-avdeling/bup-oslo-syd#--pakkeforlop-i-psykisk-helsevern-og-avhengighetsbehandling>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*, 15(2), 121-148. <https://doi.org/10.1007/BF00919275>

- Richter, J., Halliday, S., Grømer, L. I. & Dybdahl, R. (2009). User and Carer Involvement in Child and Adolescent Mental Health Services: A Norwegian Staff Perspective. *Adm Policy Ment Health*, 36(4), 265-277. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0219-x>
- Rio, J. H. M., Fuller, J., Taylor, K. & Muir-Cochrane, E. (2021). The impact of workplace culture on the accountability of mental health nurses to involve consumers in care planning: A focused ethnography. *Nurs Health Sci*, 23(1), 255-262. <https://doi.org/10.1111/nhs.12807>
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qualitative research in psychology*, 11(1), 25-41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>
- Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H. & Steinsbekk, A. (2013). Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *Int J Soc Psychiatry*, 59(2), 107-113. <https://doi.org/10.1177/0020764011423464>
- St.Meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Stomski, N. J. & Morrison, P. (2017). Participation in mental healthcare: a qualitative meta-synthesis. *Int J Ment Health Syst*, 11(1), 67-77. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0174-y>
- Store norske leksikon. (2020, 31.08.20). *Opplevelse* Hentet 10.04.23 fra <https://snl.no/opplevelse>
- Store norske leksikon. (2021, 23.03.21). *Erfaring* Hentet 10.04.23 fra <https://snl.no/erfaring>
- Storm, M. & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatr Q*, 84(3), 313-327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- Tambuyzer, E., Pieters, G. & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 17(1), 138-150. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>
- Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2015). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 18, 516-526. <https://doi.org/10.1111/hex.12052>
- Tengland, P.-A. (2007). Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Med Health Care Philos*, 10(2), 197-207. <https://doi.org/10.1007/s11019-006-9027-1>
- Tengland, P.-A. (2008). Empowerment: A Conceptual Discussion. *Health Care Anal*, 16(2), 77-96. <https://doi.org/10.1007/s10728-007-0067-3>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S., Haukland, M. & Onstad, F. R. (2011). The Patient's Voice-Empowerment in a Psychiatric Context. *Vård i Norden*, 31(3), 20-24. <https://doi.org/10.1177/010740831103100305>
- Tønnesson, Ø. & Svartdal, F. (2021, 08.02.21). *Ungdom*. Hentet 22.04.23 fra <https://sml.snl.no/ungdom>
- Ungdata. (2020). *Stress, press og psykiske plager blant unge*. <https://www.ungdata.no/stress-press-og-psykiske-plager-blant-unge/>
- Ungdata. (2023). *Hva er Ungdata?* Hentet 22.02.23 fra <https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata/>
- Vandewalle, J., Malfait, S., Eeckloo, K., Colman, R., Beeckman, D., Verhaeghe, S. & Van Hecke, A. (2018). Patient safety on psychiatric wards: A cross-sectional, multilevel study of factors

- influencing nurses' willingness to share power and responsibility with patients. *Int J Ment Health Nurs*, 27(2), 877-890. <https://doi.org/10.1111/inm.12376>
- Wahlin, I. (2017). Empowerment in critical care – a concept analysis. *Scand J Caring Sci*, 31(1), 164-174. <https://doi.org/10.1111/scs.12331>
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 23.04.22 fra <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021* [Ordliste]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 2 – Bakgrunnsinformasjonsskjema

Vedlegg 3 – Fremleggingsvurdering fra REK

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Tilrettelegging av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien – Helsepersonells opplevelser og erfaringer

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet hvor formålet er å utforske helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet inngår i en mastergradsstudie i helsefremmende arbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge. Formålet med prosjektet er å innhente helsepersonells opplevelser og erfaringer med tilrettelegging av brukermedvirkning hos ungdom i alderen 12-16 år.

Studien vil komme innpå følgende temaer:

- Hvilke erfaringer helsepersonell har med tilrettelegging av brukermedvirkning
- Hvordan det oppleves å aktivisere ungdommen
- Samarbeidet med foreldre/foresatte
- Hvordan dette arbeidet påvirker helsepersonells profesjonelle rolle

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi avtaler sted og tidspunkt til gjennomføring av et en-til-en intervju. Intervjuene vil vare i ca. 1 time og temaene overfor vil bli belyst. Vi finner sted og tidspunkt for intervjuet som passer for deg. Intervjuene vil tas opp på lydbånd. Det vil ikke tas opp personopplysninger på lydbåndet. Intervjuene vil i etterkant skrives ut i papirversjon og aidentifiseres. Lydfilen lagres i en mappe på en server tilknyttet Universitetet i Sørøst-Norge sin datasikring. Nødvendig bakgrunnsinformasjon vil hentes inn ved at du fyller ut et spørreskjema med spørsmål om dette. Resultatene vil presenteres i en masterstudie ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Den ansvarlig for forskningsprosjektet

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for forskningsprosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta ettersom du arbeider ved en ungdomspsykiatrisk avdeling eller poliklinikk hvor din leder har samtykket til at det kan rekrutteres i deres avdeling. Din leder vil ikke ha noe kjennskap til hvem som deltar i prosjektet, kun være behjelpelig med å del ut denne innbydelsen. Det er kontaktet forskjellige avdelinger i flere fylker i Norge. Totalt 4-8 deltakere vil intervjues i dette prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke ha noen påvirkning på ditt forhold til arbeidsplassen eller arbeidsgiver om du ikke vil delta eller velger å trekke deg.

Personvern og dine rettigheter

Hva gir oss rett til å behandle opplysningene om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger:

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

De som vil ha tilgang til personopplysningene og materialet som samles inn er prosjektansvarlig student Lise May Misfjord og prosjektansvarlig veileder Professor Aud Johannessen ved Universitetet i Sørøst-Norge. Ingen andre vil ha denne tilgangen.

For å sikre at ingen andre får tilgang til personopplysningene om deg vil det gjøres følgende tiltak:

- Navnet ditt og kontaktopplysningene vil erstattes med en kode
- Personopplysninger, kode og innsamlet materialet vil oppbevares adskilt
- Innsamlet materialet blir lagret i en mappe på en sikker server tilknyttet Universitetet i Sørøst-Norge hvor mappen sikres med en kode som kun prosjektansvarlig student har tilgang til
- Det vil ikke opplyses om personlige opplysninger, eller hvilket helseforetak og avdeling du er tilknyttet, i publiseringen av resultatene
- Det vil ikke være mulig å identifisere deg i publiseringen av resultatene. Din anonymitet vil holdes i samsvar med personvernregelverket

I presentasjonen av resultatene kan det være hensiktsmessig å gjengi sitater fra intervjuet for å belyse temaene som fremkommer. Disse vil anonymiseres slik at ingen gjenkjennelige trekk kommer frem.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet vil etter planen avsluttes i juli 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres. Personopplysninger som navn og kontaktinformasjon vil bli slettet ved prosjektets avslutning. Etter prosjektslutt anonymiseres datamaterialet og lagres i et år i tilfelle forsinkelser underveis i forskningsprosessen. Anonymisert data vil slettes senest et år etter at prosjektet etter planen er avsluttet (slettes senest juli 2024). Dataene som lagres er anonymiserte nedskrevne versjoner av intervjuene. Disse lagres på en mappe på en sikker server tilknyttet Universitetet i Sørøst-Norge hvor mappen er beskyttet med en kode bare prosjektansvarlig student har tilgang til.

Dine rettigheter

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

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

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

- Universitetet i Sørøst-Norge ved prosjektansvarlig student Lise May Misfjord på epost lise_may90@hotmail.com eller telefon 97170050, eller prosjektansvarlig veileder Professor Aud Johannessen på epost auj@usn.no eller telefon 97547979.
- Vårt personvernombud ved Universitetet i Sørøst-Norge Paal Are Solberg som kan kontaktes på epost forskningsdata@usn.no. Han kan kontaktes for spørsmål rundt personvernet.

Hvis du har spørsmål knyttet til Norsk senter for forskningsdata sin vurdering av prosjektet kan du ta kontakt med NSD på epost personverntjenester@sikt.no eller på telefon 53 21 15 00

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig veileder

Prosjektansvarlig masterstudent

Professor Aud Johannessen

Lise May Misfjord

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: *Tilrettelegging av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien – Helsepersonells opplevelser og erfaringer*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i et individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 20.07.2023.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bakgrunnsinformasjon

Nummer:

Dato

Kjønn

Mann

Kvinne

Ønsker ikke oppgi

Alder:

Stilling:

Utdanning:

Yrkeserfaring:

.....

Antall år med arbeidserfaring innen ungdomspsykiatrien:

.....

Hvilken avdeling arbeider du i:

Hvilken aldersgruppe arbeider du med nå:

Vedlegg 3 – Fremleggingsvurdering fra REK

Region: REK sør-øst D Saksbehandler: Silje U. Lauvrak Telefon: 22845520

Vår dato: 15.06.2022 Vår referanse: 497300

Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no

Web: <https://rekportalen.no>

Lise May Misfjord

Fremleggingsvurdering: Tilrettelegging av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien – Helsepersonells opplevelser og erfaringer

Søknadsnummer: 497300

Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Sørøst-Norge

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Formålet med prosjektet er å innhente helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien.

Spørsmålene studien skal besvar er:

- Hvilke erfaringer har du med tilrettelegging for brukermedvirkning til ungdommer?*
- Hvordan opplever du det å aktivisere ungdommen til å bli en aktiv part i behandlingen?*
- Hvilke erfaringer har du med samarbeidet med foreldre/foresatte i arbeidet med tilrettelegging for brukermedvirkning?*
- Hvordan påvirker det å skulle tilrettelegge for brukermedvirkning din profesjonelle rolle?*

Disse spørsmålene skal besvares ved en-til-en intervjuer av helsepersonell som arbeider med ungdommer i alderen 12-16 år under psykiatrisk behandling. Det vil handle om helsepersonells opplevelser og erfaringer knyttet til deres arbeid med å tilrettelegge for brukermedvirkning i deres kontakt med ungdomspasientene. I tillegg vil det bli utlevert til hver deltaker et spørreskjema for innhenting av bakgrunnsinformasjon (blir vedlagt).

Prosjektbeskrivelse vedlegges samt informasjonsskrivet med samtykke. Informasjonsskrivet vil inneholde informasjon om hvordan datamaterialet skal behandles og lagres, samt prosjektansvarlig for prosjektet.

Prosjektet vil kunne føre til ny kunnskap om hvordan brukermedvirkning blir utført i praksis i psykiatrisk behandling av ungdom, hvordan det oppleves av helsepersonell å utøve brukermedvirkning, samt kunne gi informasjon om arbeidssituasjonen for helsepersonellet i ungdomspsykiatrien (selv om det ikke er selve formålet med denne studien) og hva som hemmer og fremmer dette arbeidet.

Resultatene vil presenteres i en masteroppgave.

Vi viser til din forespørsel om fremleggingsvurdering mottatt 09.06.2022 for ovennevnte prosjekt.

REKs vurdering

Formålet med prosjektet er å undersøke helsepersonells opplevelser og erfaringer med å tilrettelegge for brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien. Data innhentes gjennom intervju, og temaene som skal tas opp er:

- Hvilke erfaringer helsepersonell har med tilrettelegging av brukermedvirkning
- Hvordan det oppleves å aktivisere ungdommen
- Samarbeidet med foreldre/foresatte
- Hvordan dette arbeidet påvirker helsepersonells profesjonelle rolle

REK vurderer at prosjektets fokus er på helsepersonells erfaringer med å tilrettelegge for brukermedvirkning, og at prosjektet ikke vil fremskaffe ny kunnskap om helse eller sykdom.

Prosjektet faller dermed utenfor REKs mandat etter helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe til veie "ny kunnskap om helse og sykdom", se lovens § 2 og § 4 bokstav a).

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Konklusjon

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Vennlig hilsen

Silje U. Lauvrak

Seniorrådgiver

REK sør-øst

Kopi til:

Universitetet i Sørøst-Norge

Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD

Norsk Lise May Misfjord

Meldeskjema / Tilrettelegging av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien – Helsepersonells opplevelser og erfaringer /Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer	Vurderingstype	Dato
183534	Standard	23.06.2022

Prosjekttittel

Tilrettelegging av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrien – Helsepersonells opplevelser og erfaringer

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsvag

Prosjektansvarlig

Aud Johannessen

Student

Lise May Misfjord

Prosjektperiode

15.08.2022 - 31.07.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.07.2023.

Kommentar

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert av REK midt i vedtak av 15.06.2022, deres referanse 497300 (se under Tillatelser). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.07.2023.

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.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer 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 viderebehandles 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

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

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

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

Personverntjenester 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).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!