

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: SYK305H  
Kandidatnummer: 3

Navn på kandidat: Marita Evjen

---

## «Barnets stemme blir hørt»

- *En kvalitativ studie om innføring av CAPA i psykisk helsevern og sykepleiers rolle i tverrfaglig team*

---

Dato: 29.05.20

Totalt antall sider: 72

## Innholdsfortegnelse

<b>Innholdsfortegnelse .....</b>	<b>i</b>
<b>Sammendrag .....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>Forord.....</b>	<b>3</b>
<b>Råd.....</b>	<b>4</b>
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>5</b>
1.1 Psykisk helsevern for barn og unge.....	5
1.2. Bakgrunn for valg av tema .....	8
1.2.1 Barn og unge i fokus .....	10
1.3 Hensikt med studien .....	13
1.4 Tema og problemstilling .....	13
<b>2.0 Teori.....</b>	<b>14</b>
2.1 Choice and Partnership Approach.....	14
2.2 Sykepleie .....	17
2.2.1 Joyce Travelbee.....	19
2.3 Flere perspektiver .....	21
2.4 Tidligere forskning .....	22
2.4.1 Presentasjon av tidligere forskning .....	22
<b>3.0 Forskningsdesign.....</b>	<b>28</b>
3.1 Vitenskapsteori.....	28
3.1.1 Hermeneutikk .....	29
3.2 Metode.....	32
3.2.1 Kontekst og Rekruttering .....	32
3.2.2 Utvalg .....	33
3.2.3 Datainnsamling.....	34
3.2.4 Intervjuguiden .....	35
3.2.5 Dataanalyse .....	35
3.3 Forskningsetikk .....	38
3.3.1 Relevans .....	38
3.3.2. Refleksivitet .....	39
3.3.3. Troverdighet .....	39

<b>4.0 Resultater .....</b>	<b>41</b>
4.1 Barnets stemme blir vektlagt.....	41
4.2 Mulighetssamtalen bidrar til eierskap i egen behandling.....	42
4.3 Sykepleier kan bidra med å skape et større helhetsbilde.....	43
4.4 Mindre team bidrar til bedre utnyttelse av kompetanse som igjen øker kvaliteten.....	43
<b>5.0 Diskusjon.....</b>	<b>45</b>
5.1 «På hvilken måte har praksis endret seg i psykisk helsevern for barn og unge etter innføringen av CAPA?» .....	45
5.1.1 Barnets stemme og behov i fokus .....	45
5.1.2 Mulighetssamtalen bidrar til eierskap i egen behandling.....	50
5.2 «Hvilken betydning har tilnærmingen CAPA for sykepleiere i klinisk praksis?» .....	52
5.2.1 Tverrfaglighet bidrar til økt forståelse av barn og unge.....	52
5.2.2 Sykepleier bidrar med helhetstenkning .....	55
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>62</b>
<b>7.0 Avslutning .....</b>	<b>64</b>
<b>Referanser:.....</b>	<b>66</b>

Vedlegg A: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg B: Intervjuguide

Vedlegg C: Meldeskjema til NSD

Vedlegg D: Tilbakemelding fra NSD

## Sammendrag

Hensikten med studien er å få ny kunnskap om en ny tilnærming i psykisk helsevern for barn og unge og ny kunnskap om sykepleier sin rolle i et tverrfaglig samarbeid. I denne studien utforsker jeg erfaringer som behandlere i psykisk helsevern for barn og unge har gjort seg etter innføring av The Choice and Partnership Approach (CAPA). CAPA er en tjenestemodell som kombinerer samarbeidspartnere og deltakende praksis med brukerne av tjenesten, for aktivt å involvere brukerne i behandlingen. Hovedmålene til CAPA er å få frem barnet, ungdommen og familiens behov og ønsker, gjennom dialog og kartlegging av hvordan de selv ser på sin situasjon og behovet for hjelp. CAPA setter samarbeid i fokus og utarbeider målsetninger i dialog med brukerne av tjenesten. Dette er en ny tilnærming til klinisk arbeid og arbeidsplanlegging. Hensikten med studien er i tillegg å se etter sammenhenger mellom de erfaringene som er gjort etter innføringen av CAPA og Travelbees sykepleieteori. Hvilken betydning har erfaringene som behandlerne har gjort, for sykepleiere i klinisk praksis innenfor psykisk helsevern for barn og unge?

Studien er kvalitativ og til sammen 8 deltakere ble intervjuet gjennom individuelle intervju. Materialet fra intervjuene ble analysert ved hjelp av Malteruds systemiske tekstkondensering og resultatene fra analysen er presentert i 4 kategorier, det er: ”Barnets stemme blir vektlagt”, ”Mulighetssamtalen bidrar til eierskap i egen behandling”, ”Sykepleier kan bidra med å skape et større helhetsbilde”, ”Mindre team bidrar til bedre utnyttelse av kompetanse som igjen øker kvaliteten”. I diskusjonsdelen er det 2 hovedkategorier som presenteres, ”På hvilken måte har praksis endret seg i psykisk helsevern for barn og unge etter innføringen av CAPA?” og ”Hvilken betydning har tilnærmingen for sykepleiere i klinisk praksis?”.

Resultater fra studien viser at målsetningen CAPA har for klinisk praksis i psykisk helsevern for barn og unge gjenspeiler seg i erfaringene til behandlere som har jobbet med denne tilnærmingen over tid. Resultater viser til at barnets, ungdommens og familiens behov og ønsker er i fokus, og at deres stemme blir vektlagt. Behandlerne jobber nå mer målorientert enn tidligere og de erfarer at det bidrar til at barn og unge tar mer eierskap i egen behandling. Et av målene til tilnærmingen er at samarbeid mellom ulike profesjoner skal heve kvaliteten på tjenesten, dette fremheves av deltakerne i studien. Travelbees sykepleieteori kan belyses gjennom flere av målsetningene til CAPA, som igjen fremhever sykepleierens kompetanse i et tverrfaglig samarbeid.

## **Abstract**

The purpose of the study is to explore new knowledge about a new approach in mental health care for children and adolescents and new knowledge about nurses` role in an interdisciplinary collaboration. In this study, I explore experiences that therapist in mental health care for children and adolescents have gained following the introduction of The Choice and Partnership Approach (CAPA). CAPA is a service model that combines partnering and participatory practices with service users, to actively involve users in treatment. The main goals of CAPA are to bring out the needs of the child, the youth and the family, through dialogue and mapping of how they view their situation and the need for help. CAPA focuses on collaboration and develops objectives in dialogue with the users of the service. This is a new approach to clinical work and work planning. The purpose of the study is also to look for connections between the experiences that have been made after the introduction of CAPA and Travelbee`s nursing theory. How can the experiences of the therapists influence nurses`clinical practice in mental health care for children and adolescents?

The study is qualitative and a total of 8 participants were interviewed through individual interviews. The material from the interviews was analyzed using Malterud`s systemic text condensation and the results of the analysis are presented in 4 categories: “The child`s voice is emphasized”, “The opportunity conversation contributes to ownership in own treatment”, “Nurse can help to create a bigger overall picture”, “Smaller teams contributes to better utilization of competence which in turn increases quality”. In the discussion section, there are 2 main categories presented, “In what way has practice change in mental health care for children and adolescents after the introduction of CAPA” and “What is the significance of the experiences for nurses in clinical practice?”

Results from the study show that the goal of CAPA for clinical practice in mental health care for children and adolescents is reflected in the experiences of therapists who have worked with this approach over time. Results indicate that the needs of the child, adolescents and family are in focus and that their voice is emphasized. The therapists are now more goals oriented than before and they experience that it contributes to children and adolescents showing more ownership in their own treatment. One of the goals of the approach is that collaboration between different professions should enhance by the study participants. Travelbee`s nursing theory can be elucidated through several of the objectives of CAPA, which in turn highlight the nurses competence in the interdisciplinary collaboration.

## **Førord**

I dag kan jeg endelig si at jeg har fullført masterstudiet i klinisk sykepleie. Det føles ubeskrivelig godt! Det er mange som har bidratt med at jeg har kommet i mål.

Først og fremst vil jeg takke de fine og rause deltakerne og deres ledere som har vært positive til studien, imøtekommende, interessert og delt av sine erfaringer og sin kunnskap og vært åpne for at jeg skulle tre inn på deres arena for å innhente ny kunnskap, om et tema jeg har interesse for. Tusen takk, det har betydd enormt mye!

Det har vært tre år med forelesninger og fordypning i teori og tidlige forskning. Det har vært lange ettermiddager, kvelder og sene nattetimer med lesing og eksamensskrivning. Det har til tider føltes langt frem for å komme i mål med denne masteroppgaven, men jeg kan nå si at det har vært verdt det. Jeg sitter igjen med ny kunnskap og økt forståelse som er gull verdt i mitt videre arbeid som psykiatrisk sykepleier.

Jeg vil takke min fantastiske veileder Cathrine Fredriksen Moe, som har støttet, veiledet og ”pushet” meg frem når det har vært på sin plass. Takk for at du er den du er og takk for at du har bidratt med din kunnskap og hele tiden holdt målet oppe. Det hadde ikke gått uten deg!

Takk til Familieavdelingen for inspirasjon og mange gode og kunnskapsrike refleksjoner. Takk Nina! For ditt engasjement, dine bidrag, refleksjoner og din varme.

Til slutt vil jeg takke min kjære familie, mitt alt, for at dere har heiet på meg hele veien. Det har betydd mer enn dere tror! Ikke minst, takk for tålmodigheten.

Kjæresten, som alltid har trua på at jeg får til det jeg vil, selv når jeg tviler selv og jentene mine som fortsatt heier på meg og viser interesse for det jeg gjør, selv etter veldig mange år som student. Mamma, pappa, mine to søstre, takk for at dere støtter, heier og er der det betyr veldig mye.

## **Råd**

*”Aller viktigst er det at alle dere voksne som hjelper barn og unge*

*rundt i hele Norge, nå skjønner at atferden er et språk.*

*Det haster at alle forstår det.*

*Atferd er en måte å si fra om at vi ikke har det bra.*

*Raskest mulig ber vi dere slutte å ha fokus på handlingene våre.*

*For at vi skal få hjelp som hjelper, må dere se bak atferden.*

*Dere må undre dere over hvorfor vi gjør det vi gjør.*

*Dere må vise oss at dere forstår at vi egentlig ikke vil vondt.*

*Og dere må inn til rota, til der det vonde sitter.*

*Uten det er det nesten ingenting som hjelper.*

*Vi ber dere også om å lære dere bedre å lytte til de små ordene våre.*

*Til å se i øynene våre og se på kroppsspråket vårt når dere snakker med oss.*

*Om dere ser noe, snakk direkte med oss om det, ikke ta det med til*

*”talking” sammen med de andre voksne.*

*For å få det til, trengs det også her tillit og varme” (Forandringfabrikken).*

## **1.0 Innledning**

I denne masteroppgaven vil jeg se på en ny tilnærming innenfor poliklinisk behandling i psykisk helsevern for barn og unge. Tilnærmingen heter The Choice and Partnership Approach (CAPA). Målet til CAPA er at barnets, ungdommens og familiens behov og ønsker skal komme tydeligere frem, gjennom dialog og kartlegging av hvordan de selv ser på sin situasjon og behovet for hjelp. Behandlingen de får skal gis på bakgrunn av deres egne behov (York & Kingsbury, 2013). Med barn og unges og familiens behov menes det i denne sammenhengen når barn, unge og deres familie får være med på å bestemme hva som passer best for dem av de tilbud som finnes innenfor psykisk helsevern for barn og unge, uten at tjenesten tar valget for dem. Jeg skal samtidig se nærmere på om tilnærmingen kan knyttes opp mot sykepleieteori og hvilken betydning tilnærmingen kan ha for sykepleiere innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

I «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» står det at utredningen av barn og unge må ha et familie-, mestrings- og utviklingsperspektiv og dekke vesentlige psykologiske, pedagogiske, medisinske og sosiale forhold i barnets og ungdommens liv. I veilederen står det også at en reflektert praksis anvender ulike forståelsesmodeller og tilnærminger i forsøket på å bidra til løsninger på pasientens vansker (Helsedirektoratet, 2008).

Helsedirektoratet (2008) formidler at en reflektert praksis hvor det både anvendes ulike forståelsesmodeller og ulike tilnærminger bidrar til løsninger på pasientens vansker. Det underbygger viktigheten av at poliklinikker innenfor psykisk helsevern for barn og unge har en tverrfaglig sammensetning for å bidra til ulike forståelsesmodeller og ulike tilnærminger til barn og unges vansker.

### ***1.1 Psykisk helsevern for barn og unge***

I følge Helsedirektoratet (2015) er et overordnet helsepolitisk mål å gi alle barn og unge et tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud av høy faglig kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor. Psykisk helsevern gir både døgntilbud og polikliniske tilbud til barn og unge, de fleste som er i behov for tjenesten behandles ved poliklinikkene. Poliklinikkene er hovedpilaren i det psykiske helsevern for barn og unge. Kvaliteten og tilgjengeligheten på



tjenestetilbudet ved poliklinikkene er avgjørende for å sikre at barn og unge får et tilfredsstillende tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsevern for barn og unge er et bredt fagfelt som primært dekker barn og unge i alderen 0-18 år. Arbeidet innenfor feltet foregår tverrfaglig i et biologisk, psykologisk, sosialt og pedagogisk perspektiv. Det bør legges vekt på en god dialog med foreldre/ foresatte, som også kan innbefatte samarbeid med pedagogisk- psykologisk tjeneste, barnevern, helse- og sosialtjeneste, helsestasjoner og fastleger. Behandlingstiltak kan være rettet mot andre enn barnet eller ungdommen, det kan være opplæring, rådgivning og veiledning til foresatte og andre nærpåsoner. Tiltak kan også rette seg mot familiesystemet, som en del av den helsehjelpen som gis til barnet eller ungdommen fra spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015).

I 2018 ble i underkant av 57 000 barn og unge behandlet i psykisk helsevern i Norge. Dette tilsvarer 5 prosent av befolkningen under 18 år. På nasjonalt nivå var det liten forskjell mellom regionene og kjønnsfordelingen var stabil over tid, den viste at 53 prosent av barn og unge som behandles ved psykisk helsevern er gutter. En stor andel av guttene henvises i barneskolealder og en av de vanligste henvisningsgrunnene er mistanke om hyperkinetisk forstyrrelser (ADHD). For jenter er hovedvekten av pasientene henvist i ungdomsskolealder med henvisningsgrunner som mistanke om depresjon eller mistanke om angstlidelse (Helsedirektoratet, 2019).

I opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019- 2024) står det tre definerte mål for barn og unge som trenger behandling og oppfølging for psykiske plager og lidelser:

1. Barn og unge skal høres, være med på å sette mål i samarbeid med tjenesten og ha innflytelse på tjenesteutvikling.
2. Barn og unge med psykiske plager og lidelser skal motta hjelp som er tilpasset deres behov og ønsker.
3. Barn, unge og familier skal møtes av kunnskapsbaserte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Grunnloven og barnekonvensjonen gir barn og unge grunnleggende rett til å si sin mening i saker som vedrører dem. Ethvert menneske har mye kunnskap om seg selv og sitt eget liv (Helsedirektoratet, 2015).

I følge Helsedirektoratet (2015) bør behandling av det som tradisjonelt sett har vært oppfattet som enten psykisk eller somatiske plager ses under ett. Barn og unge vil i mange tilfeller ha behov for en helhetlig tilnærming fra helsepersonell som har kunnskap om sammenhenger mellom psykisk og somatisk sykdom. Noen barn og unge sliter med plager som ofte defineres som somatiske, men som ut fra beskrivelsen av symptombilde vil være vanskelig å forstå, om man kun ser det fra et psykisk eller somatisk fokus. Gode levevaner og ivaretagelse av somatisk helse er en nødvendig del av et sammenhengende tjenestetilbud.

Regjeringen vil derfor sørge for at tjenestene etablerer rutiner som sikrer forsvarlig ivaretagelse av barn og unges somatiske helse. Disse anbefalingene gjelder både for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Psykiske plager hos barn og unge kan ofte være indirekte, diffuse og uspesifikke, og kan skyldes alt fra somatisk sykdom og nevrologiske utviklingsforstyrrelser til konflikter i familien, mobbing og krenkelser. Dette fordrer en helhetlig vurdering av kropp, sinn og sosiale forhold og løfter frem viktigheten av å se hele barnet når det har behov for hjelp. (Helsedirektoratet, 2015). I en studie om barns uforklarlige kroppslige symptomer (Helgeland & Førde, 2017), kommer det frem at en medisinsk vurdering ikke bare handler om å stadfeste om det dreier seg om en farlig sykdom, men at det også handler om å forstå hva pasienten og familien trenger.

Denne studien er gjennomført i en poliklinikk i spesialisthelsetjenesten for barn og unge i psykisk helsevern. Tilbudet i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern for barn og unge er hjemlet i ulike lovverk, blant annet spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven (Helsedirektoratet, 2008).

I denne studien har jeg bevisst valgt å bruke begrepet psykisk helsevern for barn og unge fremfor barne- og ungdomspsykiatri (barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). Dette på bakgrunn av at jeg mener psykisk helsevern favner flere barn og unge som mottar tilbud hos tjenesten enn barne- og ungdomspsykiatri. Dette begrunnes i det Helsedirektoratet (2015) sier om at vi må se helhetlig på barn og unge som mottar tilbud hos tjenesten. Det kan være mange og sammensatte grunner til at barn og unge viser tegn og symptomer på at de har det vanskelig. Jeg mener at med den forståelsen av barn og unges psykiske vansker, så favner tjenesten bredere enn om begrepet psykiatri brukes. Mjøsund (2020) forklarer overgangen fra psykiatri til psykisk helsevern med at det har skjedd en endring fra en biomedisinsk tilnærming til en mer helhetlig orientering, der flere perspektiver nå inkluderes i behandlingen.

Regjeringen og Helsedirektoratet bruker psykisk helsevern for barn og unge i sin omtale av tjenestetilbudet, men det er flere poliklinikker som bruker begrepet barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

## *1.2. Bakgrunn for valg av tema*

I masteroppgaven er det overordnede temaet psykisk helsevern for barn og unge. Som psykiatrisk sykepleier i spesialisthelsetjenesten for barn og unge er min interesse og faglige kompetanse grunnlag for valg av tema. Jeg er opptatt av at psykisk helsevern for barn og unge i spesialisthelsetjenesten skal levere en kvalitet på tjenesten som er til det beste for de vi er der for, barnet, ungdommen og deres familier. For å tilstrebe og få det til må vi være åpne for å se på egen praksis og åpen for at det kan være andre måter å tilnærme oss barn og unge på innenfor psykisk helsevern. Vi må også være nysgjerrige på forskning som blir gjort på fagfeltet både nasjonalt og internasjonalt.

Jeg er bekymret for at tilbudet som gis innenfor psykisk helsevern for barn og unge er for standardisert, med tanke på forventninger om at barn og unge skal diagnostiseres når de får et behandlingstilbud. Jeg har en bekymring for at det kan føre til at fokuset på den vi har foran oss blir svekket til fordel for å tilfredsstille et psykisk helsevern for barn og unge hvor diagnoser har hovedfokus.

Som sykepleier er jeg opptatt av at sykepleie som fagfelt både blir forsket på og belyst i forhold til at sykepleiere har en utdanning som er relevant i ulike fagfelt. I tillegg til å forske på sykepleiers erfaringer innenfor ulike tema og problemstillinger, er jeg opptatt av at det gjennom studier kan belyses hva sykepleie er og hva som gjør sykepleie til en unik profesjon. I følge Willumsen & Ødegård (2017) er det viktig, når vi jobber tverrfaglig, å være bevisst på hva det er som er unikt med hver enkelt profesjon og vi skal tilstrebe og ta vare på det. For å få det til, tenker jeg at bevisstgjøring rundt hva sykepleiere tar med seg fra sitt faglige ståsted er viktig å reflektere rundt og samtidig bli bevisst på hva sykepleiere kan tilføre en tverrfaglig gruppe.

Helt tilfeldig leste jeg om en poliklinikk som hadde innført en ny tilnærming til barn, unge og familier i psykisk helsevern. Målsetningen med tilnærmingen CAPA, var å sette barnet, ungdommen og familiens behov og ønsker i fokus, allerede i første samtale. Jeg begynte å

lese om CAPA og ble veldig optimistisk på vegne av barn, unge og deres familier. Jeg bestemte meg for at dette var en tilnærming jeg ville finne mer ut av.

CAPA står for noe jeg tenker er viktig, hvor de har fokus på terapeutisk allianse, valg, styrker, engasjement, målsetning og samarbeid. Innføring av en ny tilnærming i psykisk helsevern som vil sette barn, ungdommer og familiens behov i fokus mener jeg er relevant for alle som jobber med barn, unge og familier. På bakgrunn av det er det interessant og utforske hvilke erfaringer behandlere i poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge har gjort seg etter innføring av CAPA.

Studier som er gjort av CAPA etter innføring i psykisk helsevern for barn og unge i England, Australia og New Zealand viser at CAPA bidro til at barn og unge ble møtt på en mer hensiktsmessig måte og at det bidro til at pasientflyten gjennom systemet økte. En større pasientflyt hadde ikke negativ innvirkning på den kliniske behandlingen til barn og unge (Naughton, Carrol, Basu & Maybery, 2018). Alle barn og unge som ble henvist til poliklinikken fikk muligheten til å komme til en samtale og behandlerne hadde en målorientert tilnærming i behandlingen. Etter innføring av CAPA var det betraktelig reduksjon i ventetiden, selv om det var en større pasientflyt gjennom systemet (Naughton, Basu, O'Dowd, Carroll & Maybary, 2015). Studien til Fuggle, McHugh, Gore, Dixon, Curran & Cutinha (2016) viser til at klientene var mer tilfreds med systemet etter innføringen av CAPA, og at de merket en markant økning i måloppnåelse for behandlingen.

Dette er en master i klinisk sykepleie, jeg har på tross av det valgt å gjennomføre studien i en poliklinikk som har erfaring med å jobbe med tilnærmingen CAPA, fremfor å intervju sykepleiere. CAPA er en ny tilnærming og det er ikke mange poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge som har innført den tilnærmingen og som har erfaring med å jobbe med den over tid. På bakgrunn av det har jeg valgt å utforske ulike profesjoners erfaringer etter innføring av CAPA. Som sykepleier er jeg opptatt av at vår profesjon kan jobbe innenfor mange ulike fagfelt og jeg tenker det er interessant å se om resultater som kommer frem av denne studien kan belyses og støttes av sykepleieteori, og hvordan betydning det vil ha for sykepleier sin rolle innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

I følge Norsk sykepleierforbund (2014) vet vi at sykepleiere er den største gruppen blant helseprofesjonene, også innenfor helsetjenester for barn og unge. Sykepleiere møter pasienter og pårørende med forståelse og respekt og befolkningen erfarer at sykepleiere er den helseprofesjonen som tilbringer mest tid sammen med pasientene. Sykepleie utøves ovenfor

pasienter og pårørende i både kritiske og stabile situasjoner og i situasjoner som krever en forebyggende og helsefremmende innfallsvinkel. Den særegne kompetansen til sykepleiere er rettet mot pasientens sykdom, hjelp til å gjennomføre behandling og til å leve med konsekvensene av sykdom og behandling. Sykepleiere må være tett på samfunnets skiftende behov for helsetjenester og i front for å utvikle og anvende forskningsbasert kunnskap for å oppnå gode pasientresultater. I følge Mjøsund (2020) bør sykepleie til personer med psykiske lidelser belyses, på bakgrunn av at pasientene trenger det og opplever det som helsefremmende. For å få frem helsefremmende intervensjoner trenger vi kunnskap fra flere perspektiver.

Sykepleiere bidrar i tverrfaglig samarbeid med andre helseprofesjoner og det er relevant å vurdere om sykepleiere kan ha en rolle i CAPA.

### ***1.2.1 Barn og unge i fokus***

Gjennom min jobb i psykisk helsevern for barn og unge fikk jeg muligheten til å delta i et prosjekt sammen med Forandringsfabrikken, som heter «Mitt liv». Her var målet at fagfolk og unge som har erfaring fra psykisk helsevern skulle møtes og samarbeide for å utvikle et psykisk helsevern som kjennes mest mulig trygt og nyttig for barn og unge. Sammen skulle vi finne frem til viktige bidrag som kunne brukes i kvalitetsutvikling i tjenestene. Dette skulle legges frem for nasjonale myndigheter. I studien som barn og unges deltakelse i forskning (Woodgate, Tennent & Zurba, 2017), slås det fast at å inkludere barn og unge i forskning og evaluering fører til selvstyrking og myndiggjøring av barn og unge.

Forandringsfabrikken er en stiftelse og et kunnskapssenter som ble stiftet i 2004. Forandringsfabrikken jobber for å forbedre systemene og hjelpesystemene for barn og unge, innenfor barnehage, skole, rettsapparatet, psykisk helsehjelp, barnevern og andre hjelpesystemer som har kunnskap om hvordan det er å møte disse systemene. Forandringsfabrikken jobber for å forandre hjelpesystemene og skoler, slik at de bygger på barns råd om hva som er nyttig hjelp. Sentralt i filosofien til Forandringsfabrikken står enkeltmenneskets verdighet og likeverd, og troen på at alle mennesker, store og små, uansett diagnoser, har kunnskap det er verdt å lytte til. Alle publikasjoner som er tilgjengelige kan brukes som kilde på lik linje med forskning og erfaringskunnskap (Forandringsfabrikken, 2004). I «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» står det:

Det psykiske helsevernet for barn og unge skal være kunnskaps og erfaringsbasert, og brukererfaringer er en del av kunnskapsgrunnlaget. Poliklinikkene og brukerorganisasjonene bør i felleskap finne fram til gode måter å innhente brukererfaringer og ta dem i bruk i utviklingen av tjenestene (Helsedirektoratet, 2008, s.13).

Anika, Jan Marius, Marie Albertine & Sandra (2018) har publisert artikkelen ” *Klokskap mot vondt*”. Forfatterne er alle psykisk helseproffer i Forandringsfabrikken. I artikkelen bidrar de med sin kunnskap om hvordan det er å være i systemet psykisk helsevern for barn og unge, for å utvikle tjenesten til de barn og unge som kommer etter dem. I artikkelen har psykisk helse proffene samlet kunnskap fra mange barn og unge i Norge hvor alle har deltatt i Forandringsfabrikkens undersøkelser. Her er en historie gjenfortalt fra artikkelen:

”Så lenge jeg kan huske, har pappa og mamma vært mye sinte. Når de ble veldig sinte, slo de, noen ganger klikka de helt. Det skjedde oftest i situasjoner der jeg hadde vært urolig, ikke gjorde som de ville, eller at jeg var frekk eller slem, som de kalte det. Det ble ofte skummelt, jeg var redd, og det kunne gjøre veldig vondt. Jeg ville ikke ha det så vondt og måtte beskytte hjertet mitt. Jeg begynte å ta igjen på barn rundt, noen ganger også på voksne. Jeg kunne si stygge ting, sparke, dytte, hive stoler eller slå andre. De voksne møtte det ofte med ulike former for konsekvenser. Skolen kunne ringe hjem, men da ble mamma og pappa oftest enda mer sinte og de slo enda mer. Jeg lærte at voksne ikke forsto hvorfor jeg hadde det vondt og samtidig at jeg ikke kunne stole på voksne. De sendte meg til BUP. Mange trodde at jeg hadde ADHD. Jeg fikk ganske raskt diagnosene atferdsforstyrrelse og ADHD. Behandlingen var medisiner og sinnemestring. Det hjalp litt på hvordan jeg oppførte meg, men inni meg var det like vondt” (Anika et al., 2018, s. 261).

Artikkelen viser til at Forandringsfabrikken gjorde en kartleggingsundersøkelse i 2014 med 120 ungdommer. Da svarte fire av fem at de ikke snakker om det som er viktigst for dem i poliklinikken. Psykisk helseproffene formidler at de vil at Norge skal vite hva som er hovedgrunnene til at de ikke klarer å snakke om det som gjør vondt lengst inne. Noe som lukker for den åpningen er når skjema, diagnoser, atferdsendring og medisiner får for mye plass. Eller når behandlerne gir råd om hvordan de kan redusere eller slutte med symptomene.

Avslutningsvis påpeker artikkelen at noen grunnleggende forandringer må til for at psykisk helsehjelp skal bli bedre. For å få til det vil det være klokt at psykisk helsevern for barn og unge samarbeider med unge i systemet for å finne de klokeste svarene (Anika et al., 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet (2019) refererer til Forandringsfabrikken i Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019-2024):

Forandringsfabrikken har gjennom flere år spurt barn og unge om hva som skal til for å sikre medvirkning i møtet med helsetjenestene. Deres svar er at det aller viktigste premisset for et godt samarbeid er at barn og unge får beskrive virkeligheten sin i trygge rom. I tillegg understreker de at medvirkning på individnivå handler om å få ærlig og nyttig informasjon, at det er mulighet og aksept for å gi tilbakemelding, og at de både kan bidra til å dokumentere og være med på å påvirke behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Her kommer det tydelig frem både fra Helsedirektoratet (2008) og fra Helse- og omsorgsdepartementet (2019) at brukererfaringer er en del av kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsevern for barn og unge og at medvirkning er en viktig del for å kunne gi en behandling som oppleves nyttig for dem som mottar den. Dette støtter opp om det arbeidet Forandringsfabrikken gjør og det støtter også opp om viktigheten av at psykisk helsevern for barn og unge og alle som er en del av det finner måter som gjør at vi tar med brukermedvirkning som en del av vårt kunnskapsgrunnlag i møte med barn og unge. Det som også kommer frem er viktigheten av å samarbeide med barn og unge for å finne de klokeste måtene å møte deres utfordringer på.

Min erfaring med å delta i prosjektet "Mitt liv" har inspirert meg i møte med barn og unge og belyst hvor viktig det er at vi lytter til unge som har erfaring fra psykisk helsevern. Sammen kan vi skape endring, med bakgrunn i at vi har samme mål, at barn og unge får den hjelpen de trenger. Jeg er opptatt av at psykisk helsevern for barn og unge bruker de erfaringene som barn og unge bidrar med, på den måten at vi lytter til dem som har erfaring og at det får påvirke vår praksis, gjennom at det skaper endringer. I denne studien hvor jeg både utforsker erfaringer til behandlere etter innføring av CAPA og utforsker sykepleier sin rolle i tverrfaglig samarbeid innenfor psykisk helsevern for barn og unge, er Forandringsfabrikken et viktig bidrag inn, med stemmen til barn og unge. Jeg er opptatt av at psykisk helsevern skal utvikle

tjenesten ved å innhente ny kunnskap og da er barn og unges erfaringer en del av det kunnskapsgrunnlaget.

### ***1.3 Hensikt med studien***

Hensikten med studien er å få ny kunnskap om en ny tilnærming i psykisk helsevern for barn og unge, og ny kunnskap om sykepleier sin rolle i et tverrfaglig team innenfor barn og unges psykiske helse. Måten jeg innhenter ny kunnskap på er å utforske erfaringer som behandlere har gjort seg etter innføring av CAPA og samtidig utforske hvilken betydning CAPA har for sykepleiere innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

Denne studien er viktig for å få ny kunnskap om erfaringer som er gjort etter innføring av CAPA. På den måten kan flere poliklinikker innenfor psykisk helsevern for barn og unge få ny kunnskap og på bakgrunn av det vurdere om det er en tilnærming som kan være aktuell å innføre i deres poliklinikk. Hensikten med å se etter sammenhenger mellom CAPA og sykepleieteori er og se hvilken betydning det kan ha for sykepleiere i klinisk praksis og sykepleier sin rolle i tverrfaglig team.

### ***1.4 Tema og problemstilling***

Her presenteres tema og problemstilling for masteroppgaven.

Tema:

*”En kvalitativ studie om erfaringer etter innføring av CAPA i psykisk helsevern og sykepleiers rolle i tverrfaglig team”*

Problemstilling:

*«På hvilken måte har praksis endret seg i psykisk helsevern for barn og unge innenfor poliklinisk behandling; etter innføringen av CAPA og hvilken betydning har tilnærmingen for sykepleiere i klinisk praksis?»*



## **2.0 Teori**

Denne masteroppgaven har to hovedtema, CAPA og sykepleie, som jeg ønsker å se i lys av hverandre, for å se etter paralleller som knytter sykepleieteori inn i dagens kontekst i psykisk helsevern for barn og unge i lys av CAPA sin tilnærming til psykisk helsevern for barn og unge. Jeg vil her presentere begge. Først presenteres CAPA, deretter presenteres sykepleie og sykepleieteori. Hva sykepleie er og hvordan det er forklart i et psykisk helse perspektiv, er forsøkt avklart ved hjelp av Travelbees sykepleieteori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Til sist har jeg valgt å ta med teori om Søren Hertz, han er barne- og ungdomspsykiater og har skrevet boken «Barne- og ungdomspsykiatri- Nye perspektiver og uante muligheter». Her skriver Hertz (2011) om at barn og unge har uante utviklingsmuligheter og løfter frem ulike perspektiver for å forstå barn og unge innenfor psykisk helsevern.

### ***2.1 Choice and Partnership Approach***

Choice and Partnership Approach forkortes CAPA. Det er en tjenestemodell som kombinerer samarbeidspartnere og deltakende praksis med brukerne av tjenesten for aktivt å involvere brukerne i behandlingen. Det er en ny tilnærming til klinisk arbeid og arbeidsplanlegging. CAPA er blitt implementert i blant annet England, Australia, New Zealand, Belgia og Canada. I Australia har de også begynt å benytte CAPA innenfor psykisk helsevern for voksne (York & Kingsbury, 2013).

CAPA er utviklet av Ann York og Steve Kingsbury som begge er psykiatere og jobber i poliklinikker innenfor psykisk helsevern for barn og unge i England. Bakgrunnen for at York og Kingsbury utviklet CAPA er at de begge er opptatte av hvordan psykisk helsevern for barn og unge er organisert og de ønsker å bidra til å heve kvaliteten på tjenesten til barn, unge og deres familier. De er også opptatt av at behandlere ikke skal oppleve at det stilles for store krav til dem, som igjen kan bidra til arbeidspress. York og Kingsbury startet utviklingen av CAPA høsten 2004. Siden da har de blitt invitert av flere psykiske helsevern for barn og unge til å bidra med å utvikle sine tjenester. Frem til januar 2013 har de møtt over 5000 klinikere og ledere fra over 500 poliklinikker i England, Irland, New Zealand, Canada, Belgia, Holland og Australia. De har i tillegg holdt over 100 workshops over hele verden (York & Kingsbury, 2013).

Målet med CAPA er at behandleren skal ha et klart mål for behandlingen i samarbeid med barnet, ungdommen og deres familier. Det skal være et bevisst valg fra poliklinikken sin side hvilken behandler som møter det aktuelle barnet eller den aktuelle ungdommen, med tanke på riktig bruk av klinisk kompetanse. Målet er også at det ikke skal være venteliste for å få helsehjelp, slik at barn og unge skal få bedre tilgang til tjenesten. CAPA skal skreddersys for å passe hver enkelt i forhold til ulike problemer og utfordringer, ved at kompetansen til hver enkelt ansatt blir kartlagt på forhånd, slik at rett kompetanse blir brukt på rett plass. Ved å ha fokus på engasjement, valg, terapeutisk allianse, styrker og mål forbedrer CAPA tjenestene (York & Kingsbury, 2013).

CAPA er fokusert på barn, unge og deres familiers behov og ønsker. Holdningen er samarbeidende og gir valg. For behandleren er det en omskifting fra en ”ekspert med makt” til en tilrettelegger med ekspertise. Målet er å finne ut om tjenesten har noe å tilby brukeren og menneskene rundt, i stedet for å gjette dette fra en henvisning. Når henvisningen blir akseptert, får brukeren beskjed om det og får da mulighet til selv å bestemme tid for avtale, en tid som passer dem. Dette kan være ved å ringe tjenesten. Den første kliniske timen er en mulighetssamtale, i løpet av denne timen får de informasjon om de ulike tilbudene som poliklinikken kan tilby og behandlerne er opptatte av å få frem hvilke behov og ønsker barnet, ungdommen og familien har. Om de velger å ta i mot et tilbud ved poliklinikken får de muligheten til å gjøre en avtale med en behandler som har de rette kvalifikasjonene for å hjelpe dem. De kan også velge og forsette med det de allerede gjør i forhold til sine utfordringer og ikke få et videre tilbud. Den neste timen vil være starten på et samarbeid med en eller flere behandlere som har de kvalifikasjonene som skal til i forhold til pasientens utfordringer (York & Kingsbury, 2013).

CAPA bruker 5 komponenter som er annerledes enn mange andre tradisjonelle kliniske systemer. Det er:

- 1) Valg
- 2) Kjerne- og spesifikt fagarbeid
- 3) Velge den rette kliniker
- 4) Arbeidsplanlegging
- 5) Teammøter

Valg handler om filosofien av samarbeidende praksis og sette brukeren av tjenesten i sentrum av alt de gjør. Det er mer enn deltakelse, det handler om et dypt fokus på å forbedre de

tingene som gjør at terapeutisk kontakt fungerer. De tre midterste komponentene gjør sånn at alt henger sammen, for å finne de rette behandlerne til å jobbe sammen med brukeren i et partnerskap betyr at de må kjenne til ferdighetene og personlighetene til de andre i teamet. Hvem som kan gjøre hva og hvor mye, leder til arbeidsplanlegging. Teammøter med fokus på hva målene til brukeren er og hvordan de viser fremgang i prosessen gjør at ting føles trygt, det gjør at de lærer av hverandre og deler ideer til prosessen videre. Mange tjenestemodeller bruker en av disse komponentene, eller to, det kan være fokus på samarbeid og delt beslutningstaking eller et fokus på etterspørsel og kapasitetsstyring eller på klinisk omsorg og ferdigheter. Erfaringen er at det bare er CAPA som kombinerer disse områdene til en modell for å forbedre brukeropplevelsen og hjelpen som kan gis, samtidig som det er tilfredsstillende å jobbe med (York & Kingsbury, 2013).

Valg handler om å kunne gi brukerne så mye valg som de kan for å engasjere dem i deres forandring og behandlerne og brukerne jobber sammen i saker som betyr noe for dem. Den viktigste filosofien til CAPA er å ha brukerens synspunkt og ønsker i sentrum av det de gjør. Målet er å gjøre dette gjennom en holding av ”tilrettelegger med ekspertise” i alle kontakter. Dermed kan valget deres lede til samarbeidende allianse som videre fører til måloppnåelse. CAPA har som mål å få alle sine klienter til å føle at de er samarbeidende, tilgjengelige, nyttige og tilretteleggende. Dette betyr at behandlerne må bruke et språk alle forstår, sette seg inn i hvordan verden ser ut fra brukernes ståsted og hvordan de opplever sine utfordringer. De deler en forståelse med brukerne og er enige om målene det skal jobbes mot. Behandlerne forsøker å unngå at klienten føler at det å komme til deres tjeneste skal føles som å komme til en ekspert som skal spørre spørsmål og gi dem en vurdering til en passiv mottaker (York & Kingsbury, 2013).

York og Kingsbury (2013) anbefaler at poliklinikkene organiserer seg i små tverrfaglige team med 3- 5 personer. Dette på bakgrunn av at det gir mulighet til at alle i gruppen får presentert de sakene de har behov for å diskutere. Det fremheves at teamet skal bestå av en tverrfaglig gruppe, for å kunne bruke hverandres kompetanse på best mulig måte, samtidig som det gir mulighet for å få frem ulike forståelsesmodeller. Dette vil være mer utfordrende i store team hvor det kan være vanskeligere å fokusere på enkeltsaker, samtidig som det vil være utfordrende at alle som har behov for det skal få ta opp saker til drøfting, der det er behov for innspill og ulike forståelsesmodeller.

## 2.2 Sykepleie

Universitetsutdannelsen av sykepleie startet i USA på 50- tallet og var da i stor grad preget av medisinsk tankegang, det samme var tankegangen rundt sykepleieutøvelsen i Norge. Sykepleie ble et yrke som gikk mer og mer bort fra det selvstendige omsorgsyrke og ble preget av medisinsk behandling. Denne utviklingen var bakgrunnen for at sykepleiere startet med å utvikle teorier som kunne bidra med å tydeliggjøre det som skulle være sykepleieres ansvars- og fokusområde. For teoretikerne var det viktig å få frem hva som skjer i møte mellom sykepleier og pasient. Disse nye teoriene ble utarbeidet for å skape en ny identitet for sykepleie. Ved å gjøre dette forsøkte sykepleiere å ta steget bort fra den kontrollen medisin hadde fått over sykepleiernes funksjoner. Det teoretikerne forsøkte å gjøre var å få frem hva som skjer i møte mellom pasient og menneske. For i det hele tatt å møte pasientens behov, var det som skjer mellom mennesket og pasient helt essensielt. Vi kan kjenne igjen denne teorien fra sykepleiens mellommenneskelige aspekter (Kirkevold, 1998).

I følge Travelbee (1999) er sykepleie en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om mennesker. Det er en erfaring, en hendelse eller en serie av hendelser som inntreffer mellom en sykepleier og et individ som har behov for den hjelpen sykepleieren kan gi. Å betrakte sykepleie som en prosess er å understreke den dynamiske karakteren ved enhver sykepleiesituasjon. I det enkelte møte mellom sykepleier og den syke påvirker de hverandre gjensidig som er resultatet av samspillet dem imellom. En sykepleieaktivitet er å identifisere og samtidig være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkfull måte.

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene”  
(Travelbee 1999, s. 29)

Sykepleieren hjelper alltid andre, det kan være å bistå enkeltpersoner og det kan være å bistå familier med å forebygge sykdom, fremme helse eller hjelpe den enkelte og familien til å forebygge sykdomspåkjenninger. Profesjonell sykepleie handler om å hjelpe den enkelte til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse eller å opprettholde en best mulig helsetilstand. Dermed er begrepet helse viktig for å beskrive hva sykepleie er (Travelbee, 1999).

Verdens helseorganisasjon definerer helse slik: «En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (Verdens helseorganisasjon, 2017).

Denne definisjonen blir ofte kritisert på bakgrunn av at den gjør alle mennesker syke, kritikerne definerer gjerne helse som evnen til å leve med hverdagens krav (Braut, 2019).

Travelbee (1999) påpeker at definisjon er nyttig, men kritiserer selve utformingen av den. Her fremhever Travelbee at vi har både det subjektive og det objektive aspektet ved helse. Subjektiv helse defineres individuelt, slik den enkelte definerer og opplever egen helse, den kan være noe annet enn den objektive helsen. En person kan oppleve seg som syk, selv om den personen er diagnostisert som frisk, slik kan det også være andre veien at et individ føler seg frisk, selv om personen vil være diagnostisert som syk. For sykepleiere er det viktig å være oppmerksom på hvordan den enkelte vurderer sin subjektive helsetilstand. Det er viktig å være oppmerksom på med tanke på at man ikke baserer seg fullt ut på objektive vurderinger av sykdom eller helse.

Fawcett (2005) beskriver at sykepleie er nødvendig når pasienten ikke kan oppfylle sine egne behov. Sykepleierens funksjon er da å bidra med å utøve tiltak for at pasientens behov skal imøtekommes. Den profesjonelles sykepleier skal bruke sykepleiekunnskapen til å forbedre menneskers velvære, i tillegg til å utvikle sykepleiefaget. Fawcett (2005) belyser sykepleierens helhetstenkning- og omsorg som kan berøre både individuelt, men også inkludere familie og samfunnet. Sykepleierens omsorg kan være av betydning for de personene som er viktige for den enkelte som sykepleieren utøver en funksjon ovenfor.

I følge Travelbee (1999) er en profesjonell sykepleier en person som skal tilegne seg en disiplinert tilnæringsmåte til pasientenes problemer og lære å bruke seg selv terapeutisk. Tilnæringsmåten representerer en logisk tenkning som hver enkelt tilegner seg. Den innebærer å omsette det en har lært, med mål om å ivareta den enkelte, familien eller samfunnets sykepleiebehov. Det betyr at sykepleieren kan anvende begreper fra fysikk, biologi, medisin, sykepleievitenskap og atferdsvitenskaper. Når sykepleieren har og kan anvende en disiplinert intellektuell tilnærming, viser sykepleieren en åpen holdning, uten å være kunnskaps løs. Den profesjonelle sykepleier anvender tilnæringsmåten i kombinasjon med en terapeutisk bruk av seg selv. Disse to sidene ved den profesjonelle sykepleier er like viktige. Forskjellene på de to sidene, er at den disiplinerte intellektuelle tilnærmingen fokuserer mer på det teoretiske aspektet ved sykepleie, mens det å bruke seg selv terapeutisk er en blanding av det kognitive og det affektive, med sterkere vekt på prosess enn ved innhold som ved den disiplinerte intellektuelle tilnærmingen (Travelbee, 1999).

### **2.2.1 Joyce Travelbee**

For å belyse sykepleieprofesjonen har jeg valgt å skrive om sykepleieteori. Det er mange og ulike sykepleieteorier, men hver av teoriene sier noe om fundamentet til sykepleiere. I denne masteroppgaven har jeg valgt å fordype meg i Joyce Travelbees sykepleieteori. Hovedgrunnen til det er at Travelbee har utarbeidet en sykepleieteori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Travelbee (1999) var opptatt av at mennesket er et unikt individ og at sykepleie alltid handler om mennesker, pasient, familie og sykepleier.

Travelbee bruker begrepet «pasient», selv om hun definerer det som en stereotyp og en kategori, som kan bidra til å avhumanisere enkeltindividet. Travelbee forklarer det med at begrepet «pasient» er nyttig fordi det fungerer praktisk i kommunikasjonssammenheng. Hun mener at det i virkeligheten ikke fins noen pasienter, det fins bare enkeltmennesker som trenger omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker, som kan gi dem den hjelpen de trenger (Travelbee, 1999).

Joyce Travelbee (1926- 1973) var født i New Orleans, hun utdannet seg til psykiatrisk sykepleier og jobbet som det samtidig som hun var lærer ved sykepleierutdanningen. For å oppnå det som for Travelbee er sykepleiens hensikt, å mestre sykdom og lidelse og finne mening i disse erfaringene, er kommunikasjon en forutsetning. Interaksjonen mellom sykepleier og pasient skjer i stor grad gjennom kommunikasjon. Travelbee sier det slik:

Vi legger til grunn at det å lære den syke å kjenne er en like effektiv og nødvendig sykepleieaktivitet som å utføre prosedyrer eller gi fysisk omsorg. Enhver interaksjon med den syke kan fremme den prosessen det er å lære vedkommende å kjenne. Hvis interaksjon ikke bevisst oppfattes som en måte å nå dette målet på, er det stor fare for at sykepleierens handlinger vil få forrang framfor det enkeltmennesket som handlingen utføres for (Travelbee, 1999, s.141- 142).

Noen sykepleiere er «tegn- og symptom» orienterte, heller enn «handlingsorienterte», dette på bakgrunn av at utdanningen til noen sykepleiere har hatt overdrevent fokus på betydningen av å se etter informasjon om symptomer ved observasjon. Travelbee sier ikke at observasjoner og tegn på symptomer er uviktige, men ved overdrevent fokus på det kan det gjøre at man ikke tar seg tid til å bli kjent med menneskene som har disse symptomene og hva som ligger bak (Travelbee, 1999).

Travelbee beskriver kommunikasjon som en prosess som gjør oss i stand til å etablere en menneske- til- menneske relasjon. For sykepleieren er hensikten med kommunikasjonen å bli kjent med pasienten og oppfylle pasientens behov, samt å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse og hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene. Behovene til individet blir ivaretatt av en sykepleier som har og kan anvende en intellektuell tilnærming til problemer, samtidig som sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Travelbee beskriver at det å bruke seg selv terapeutisk skjer når sykepleieren bevisst bruker sin egen personlighet og egne kunnskaper med den hensikt å oppnå forandring hos den syke, hvor et opplyst hjerte og et opplyst intellekt arbeider sammen (Travelbee, 1999).

Et menneske- til – menneske forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller den som har behov for sykepleierens tjenester. Disse opplevelsene og erfaringene kjennetegnes ved at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Sykepleieren ivaretar disse behovene ved å besitte og anvende en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemene, kombinert med å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999).

Den profesjonelle sykepleier har muligheten til å utføre to viktige funksjoner, som ikke kan sammenlignes med andre helsefaglige profesjoner, men som er unikt for sykepleiefaget, og som er den profesjonelle sykepleiers bidrag i helseteamet. Disse funksjonene er: ”1 Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. 2 Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)” (Travelbee, 1999, s. 48). I følge Travelbee har den profesjonelle sykepleier den utdannelsesbakgrunnen, de ferdigheter og den innsikt som behøves for å kunne utøve disse funksjonene, både effektivt og kompetent, samt evne til og umiddelbart bedømme en situasjon. Sykepleieren er i stand til å utøve skjønn, når det må vurderes om en trenger mer kunnskap og innsikt (Travelbee, 1999).

Min forståelse av Travelbees sykepleieteori, passer godt inn i psykisk helsevern for barn og unge. Travelbee (1999) er opptatt av at mennesket er et unikt individ og at sykepleie alltid handler om mennesker. For å forstå hva sykepleie er må man forstå interaksjonen mellom pasient og sykepleier. Man må forstå hvordan man kommuniserer og påvirker hverandre, på den måten kan sykepleieren bidra med å oppfylle pasientens behov. Sykepleieren er opptatt av

å forsøke å sette seg inn i hvordan den andre opplever og erfarer sitt liv med sine utfordringer og hvordan det er å være akkurat den person. Jeg tenker at alle barn og unge i psykisk helsevern er tjent med å bli møtt på den måten. Det vil bidra til at barn og unge føler at deres stemme er viktig og at de føler seg tatt på alvor ut fra hvordan de selv beskriver deres behov. Det at sykepleieren er opptatt av å hjelpe familien med å mestre sykdom og hjelpe dem å finne mening i disse erfaringene, vil bidra til at barn og unge blir sett på i en større sammenheng, og forstått ut fra at de lever i et samspill med sine omgivelser.

Når jeg skriver en master i klinisk sykepleie, er det blitt enda viktigere å kjenne til historien og teoriene og deres betydning. Hvis ingen engasjerer seg i betydningene av teoriene er det en mulighet for at teoriene og samtidig historien ved dem forsvinner.

### ***2.3. Flere perspektiver***

Søren Hertz er barnepsykiater fra Danmark og er levende opptatt av spørsmålet om hva som skaper de beste betingelsene for utvikling for barn og unge. Hertz (2011) har skrevet boken *”Barne- og ungdomspsykiatri- Nye perspektiver og uante muligheter”*. Her forklarer Hertz sin forståelse av hvordan uante utviklingsmuligheter kan skapes og kommer med nye perspektiver på hvordan kommunikasjonen gjennom språket kan åpne opp eller lukke igjen for videre utvikling. I følge Hertz dukker de uante utviklingsmulighetene opp fra en erkjennelse av at helheten er mer enn summen av de enkelte delene. Måten vi får delene til å spille sammen på, åpner opp for det uante, det som kan utvikle seg til den nye helheten. Problemer hos barn og unge kan betraktes som uttrykk for prosesser som ikke har utviklet seg slik dem eller menneskene rundt dem ønsket. Det blir da vår oppgave som fagpersoner å ta i mot det som den andre kommer med, ved å se på det som en invitasjon hvor vi også bærer med oss håpet om at vi i fellesskap kan være med på å gjøre en forskjell. Hertz beskriver at boken hans skiller seg fra den tradisjonelle positivistiske eller fenomenologiske vitenskap, hvor de er opptatt av det som ligner og det som passer inn. Hertz er på utkikk etter det som ikke passer inn, unntakene fra mønsteret, fordi det er her invitasjonen til det nye mønsteret og den nye forståelsen ligger (Hertz, 2011).

I boken argumenterer Hertz for at diagnoser i psykisk helsevern for barn og unge utgjør et særegent fenomen, dette begrunner Hertz i vår posisjon som eksperter. Det bidrar også til at



når diagnoser blir gitt har det fått belegg for å si noe om langtidsprognosene, istedenfor å være et mer ydmykt uttrykk for øyeblikksbilder, som per definisjon er individuelt baserte (Hertz, 2011).

Slik jeg forstår Hertz sin tilnærming til barn og unge innenfor psykisk helsevern åpner han opp fra å forstå barn og unges ufordringer gjennom en helhetlig forståelse, som vil bidra til muligheter fremfor begrensninger. Hertz setter ord på noe av det som er min bekymring, at hovedfokuset i psykisk helsevern for barn og unge er på diagnoser, fremfor å se hvordan delene i livene til barn og unge påvirker helheten, som igjen kan bidra til at mulighetene kommer frem, fremfor begrensningene. Med tanke på studiens problemstilling er Hertz sin forståelse interessant på bakgrunn av at den belyser noe av det som er hovedmålet til CAPA, at barn og unges behov kommer frem gjennom dialog og kartlegging av hva de selv føler de har behov for. Slik jeg forstår Hertz sin beskrivelse av at vi må se helhetlig på barn og unges problemer, fremhever det sykepleier sin rolle, hvor helhetstenkning er noe av det faglige fundamentet.

## ***2.4 Tidligere forskning***

Grundige og systematiske litteratursøk legger grunnlaget for hvordan man skal oppnå ny kunnskap (Polit & Bech, 2017). Litteraturgjennomgang brukes også for å beskrive en kritisk oversikt over et emne og for å sette forskningsspørsmålet inn i en kontekst, eller som grunnlag for et prosjekt som skal implementeres i praksis. Det er en måte å utvikle systematiske og sammenhengende oversikter over forskningen innenfor et spesielt forskningsfelt. Bakgrunnen for det er å gi evidens for et emne og eventuelt avsløre huller i kunnskapen på område (Jørgensen & Steinfeldt, 2010).

Under redegjøres det for fremgangen i litteratursøkene som er gjort i ulike databaser, både i nasjonale og internasjonale databaser. Funnene av vitenskapelige artikler presenteres for å skape en oversikt over det som er funnet relevant for tema og problemstillingen.

### ***2.4.1 Presentasjon av tidligere forskning***

Systematiske søk er utført i databasene: Cinahl, PubMed, SweMed+ og Google Scholar. Det er blitt søkt etter vitenskapelige artikler publisert fra 2013- 2020. Jeg avgrenset søket fra 2013 på bakgrunn av at jeg ønsket nyere forskning om tema. Jeg har likevel brukt artikler som er

eldre enn 7 år, på bakgrunn av at jeg har brukt ”snøball” effekten, hvor jeg har gått igjennom litteraturlisten til aktuelle artikler for å finne nye artikler, som jeg fant relevante for problemstillingen i oppgaven. Det er også tatt med artikler som jeg har blitt introdusert for gjennom studiet som er publisert før 2013. I følge Polit & Bech (2017) er det mange måter å søke etter vitenskapelige artikler, en er å søke i referanselisten til publiserte artikler for å finne tidligere forskning på samme tema.

Det er i hovedsak søkt med engelske søkord, men også norske søkeord er inkludert i databasen Google Scholar og søkeordene er brukt i ulike kombinasjoner med hverandre.

De engelske søkeordene som er brukt er: *Choice and partnership approach, CAPA, nursing, mental health for children and adolescents, mental health protection for children and adolescents, interdisciplinary collaboration, nurse and nursing*. Norske søkeord som er brukt er: *sykepleier, sykepleie, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig samarbeid*.

Funnene av de vitenskapelige artiklene som var interessante for min problemstilling og som omhandler CAPA innenfor psykisk helsevern for barn og unge har sitt geografiske forskningsgrunnlag fra Australia, England og New Zealand. Gjennom systematiske søk har jeg ikke funnet noen studier fra Norge, heller ikke fra Norden som omfatter CAPA. Det betyr likevel ikke at slike studier ikke eksisterer.

Det har vært søkt etter artikler som viser til vitenskapelig forskning som utforsker sykepleie og CAPA uten at jeg har funnet artikler om det. Det betyr ikke at slike artikler ikke er publisert. På bakgrunn av at mine systematiske søk ikke har bidratt til å finne relevante studier om tema, kan denne masteroppgaven bidra med ny kunnskap om sykepleie og CAPA, som kan ha betydning for sykepleier sin rolle innenfor CAPA sin tilnærming til psykisk helsevern for barn og unge.

Det er søkt etter artikler som omhandler sykepleie og psykisk helsevern for barn og unge, hvor jeg fant artikler som er relevante og som også viste til hvilke erfaringer barn, unge og familier har med psykisk helsevern. Disse artiklene er fra Irland, England og Island.

Det er også søkt etter relevante artikler som omhandler sykepleiers rolle i tverrfaglig team innenfor psykisk helsevern for barn og unge, uten at det ga resultater som var relevante for studien.

Nedenfor presenteres noen av artiklene, først presenteres funn som inkluderer CAPA, deretter funn som inkluderer barn, unge og familiers erfaringer med psykisk helsevern og viktigheten av sykepleier sin fagkunnskap i psykisk helsevern for barn og unge.

### **Tidligere forskning på CAPA**

Artiklene som er funnet og presentert er både kvalitative og kvantitative studier og studier hvor det er bruk «mixed methods» der det både er brukt kvalitative og kvantitative metoder. Studiene viser til at det er gjort intervjuer av behandlere innenfor psykisk helsevern for barn og unge og det er gjort spørreundersøkelser av barn og unge som har mottatt tilbud ved psykisk helsevern (Fuggle et al., 2016).

Målet til flere av studiene jeg fant relevante var at de ville finne ut om implementeringen av CAPA hadde bidratt til å heve kvaliteten på tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge, eller om implementeringen hadde gått på bekostning av kvaliteten og pasientenes tilfredshet med tjenestetilbudet (Naughton et al., 2018; Naughton et al., 2015).

Naughton et al., (2018) har skrevet artikkelen "*Clinical change after the implementation of the Choice and Partnership Approach within an Australian Child and Adolescent Mental Health Service*". Studien er kvantitativ, hvor det ble innhentet svar fra 33 klienter før og 77 klienter etter implementeringen av CAPA. Målet med studien var og både undersøke om implementeringen av CAPA var relatert til endringer i klientenes behandlingsresultater og undersøke respons tiden i psykisk helsevern for barn og unge i en region i Australia. Resultatet viste at barn og unge ble sett på i en mer formålstjenelig måte. Det var en markant reduksjon i ventetiden og det var større pasientflyt gjennom systemet, etter innføringen av CAPA. Studien fremhevet at selv om det var større andel pasienter gjennom systemet hadde ikke det negativ effekt på den kliniske behandlingen.

Naughton et al., (2015) har skrevet artikkelen "*Improving quality of a rural CAMHS service using the Choice and Partnership Approach*". I studien er det brukt "mixed- methods", med bruk av både kvalitativ og kvantitativ metode. Målet med studien var å undersøke virkningen av CAPA implementeringen i psykisk helsevern for barn og unge i Australia. Funn i studien viste at et inkluderende språk, etter innføringen av CAPA, har bidratt til å erstatte det tradisjonelle, patologidrevne psykiatriske språket, selv om det var blitt møtt med blandet tilfredshet blant behandlere og tjenestebrukere. Resultater viste at ventetiden fra henvisning

ble sendt til klienten hadde først fysiske oppmøte hadde gått ned fra 63.9 dager til 10.7 dager etter innføringen av CAPA. Studien konkluderer med at alle barn og unge som blir henvist til psykisk helsevern kommer raskt inn og alle får tilbud om en samtale. CAPA har bidratt til at behandlere har en målorientert tilnærming til klientene som gir dem lavere arbeidsmengde og optimalisert bruk av behandlere i psykisk helsevern for barn og unge.

Fuggle et al., (2016) har skrevet artikkelen "*Can we improve service efficiency in CAMHS using the CAPA approach without reducing treatment effectiveness?*" I studien er det brukt mixed- methods, både kvalitativ og kvantitativ metode. Målet med studien var å evaluere tjenesten etter innføring av CAPA i psykisk helsevern for barn og unge i England. Hovedfokus var på klienttilfredshet, ventetid, pasientflyt og måloppnåelse til familiene. Resultatet av studien viser økende positive resultater, som høyere grad av klienttilfredshet og redusert ventetid, samt en høyere pasientflyt. Kliniske resultater viser ingen reduksjon i effektivitet, samt en signifikant økning mot de avtalte målene med behandlingen. Evaluering av studien foreslo at en velstrukturert og målfokusert pasientflytsystem vil øke servicen med å gi økende pasientflyt og opprettholde høy grad av tilfredsstillelse for klientene, uten negative konsekvenser for klinisk effektivitet. Resultater viser også til at CAPA er en foretrukket implementeringsmodell for å øke effektiviteten.

I studiene om endringer etter innføringen av CAPA (Naughton et al., 2018; Naughton et al., 2015; Fuggle et al., 2016) kommer det frem at CAPA har bidratt med at barn og unge blir sett på i en mer formåltjenelig måte og behandlerne har en målorientert tilnærming til barn og unge. Resultater viser til reduksjon i ventetiden og alle som ble henvist fikk muligheten til å komme til en samtale. Studiene viser til at det var større pasientflyt gjennom systemet, men at det ikke hadde negativ effekt på den kliniske behandlingen. Resultater viser til at barn og unge opplevde høyere grad av tilfredshet med tjenesten.

### **Tidligere forskning på barn, unge og familiers erfaringer med psykisk helsevern og viktigheten av sykepleier sin fagkunnskap i psykisk helsevern for barn og unge**

Svavarsdottir, Gisladdottir & Tryggvadottir (2019) har skrevet artikkelen "*Perception on family support and predictors of satisfaction with the healthcare service among families of children and adolescents with serious mental illness who are in active psychiatric treatment*". Studien er en kvantitativ tverrsnittsstudie fra Reykjavik, Island. Bakgrunn for studien var at det var lite forskning som viste til hvilke faktorer som var knyttet til tilfredshet med

helsevesenets tjenester blant familier til barn med alvorlig psykisk sykdom som var i aktiv psykiatrisk behandling. Resultatet viser til at foreldre trenger hjelp og profesjonell veiledning for å imøtekomme behovene til sine syke barn, for å opprettholde egen helse og for å oppnå tilfredshet med tjenestetilbudet. Når foreldrene blir involverte i behandlingen av barnet, reduseres risikoen for tilbakefall for barnet. Forfatterne av studien understreker at funnene belyser viktigheten av å involvere familien i barnepsykiatrisk behandling. Psykiatriske sykepleiere blir nevnt spesielt for at de må huske å opprettholde sin støtte med familien og nettverket til barnet. Disse familiene trenger spesifikke intervensjoner der fokuset er sykdommen og familiestøtte.

Delaney (2019) har skrevet artikkelen *“Parents of children with mental health issues: The importance of their journey”*. I studien er det brukt litteraturgjennomgang som metode. Forfatteren diskuterer artikler som omhandler temaer som barne- og ungdomspsykiatri, tilknytning mellom foreldre, barns mentale helseproblemer og hvilken støtte foreldre trenger for å forsørge sine barn. Funn fra studien viser til at spesialiteten og fokuset må være like mye på hva foreldre og foresatte har behov for som på hva barnet har behov for. Kampen som foreldre til barn med alvorlig følelsesmessig forstyrrelse står i viser seg på mange nivåer. Psykiatriske sykepleiere innen psykisk helsevern for barn og unge må utdanne nye ansatte slik at de får kunnskap om hvordan de kan forstå foreldre, deres fortellinger og høre på deres meninger om hva de tenker deres barn trenger. Forfatteren formidler at sykepleiere må bruke praksis eksempler til å publisere dem i sykepleietidsskrifter slik at flere får ny kunnskap om et viktig tema.

Coyne, McNamara, Healy, Gower, Sarkar & McNicholas (2015) har skrevet artikkelen *“Adolescents`and parents`views of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in Ireland”*. Det er en kvalitativ studie, hvor det er gjennomført både fokusgruppe intervju og individuelle intervjuer av ungdommer og foreldre i tre ulike psykiske helsevern klinikker i Irland. Hensikten med studien var å utforske ungdommer og foreldres erfaringer ved psykisk helsevern for barn og unge i forhold til deres opplevelse av tilgjengeligheten av tjenestetilbudet. Til tross for økt fokus på brukernes opplevelser av psykiske helsetjenester er det få studier som forsker på ungdom og foreldres opplevelser av tjenestetilbudet, ifølge forfatterne. Resultatet viser til at mangel på informasjon og tilgjengeligheten av tjenester gjorde det vanskelig for deltakerne å få tilgang til hjelp. De ønsket å bli inkludert i informasjonsdeling og beslutningsprosesser, men ungdommer spesielt følte at de ikke ble tatt med i beslutningsprosesser. Hyppige endringer i behandlere var spesielt vanskelig for

ungdommene, som trengte en trygg person som de kunne få tillit til. Det som kunne forbedre opplevelsen betydelig for ungdom og foreldre var inkludering i informasjonsdeling og beslutningstaking og fleksible konsultasjoner med åpenhet for ulike perspektiver på ungdommen og familiens vansker. Resultatet viser at klientenes engasjement er viktig for kvaliteten i tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

Helgeland (2013) har skrevet doktorgradsavhandlingen *"Profesjonsetiske utfordringer ved barns deltakelse i familierapi"*. Studien er kvalitativ, hvor Helgeland har intervjuet 15 familierapeuter. Formålet med studien var at forskeren ville utforske hvordan etisk refleksjon over barns deltakelse i familierapi kan bidra til at barns perspektiver og muligheter blir ivaretatt. Helgeland utforsket også hvordan familierapeuter reflekterer over profesjonsetiske utfordringer i forbindelse med barns deltakelse i familierapi. Her fremhever Helgeland familieperspektivet, som også er tydelig fremhevet i statlige føringer, hvor det er poengtert at et tjenestetilbud innen for psykisk helsevern for barn og unge skal inkludere et familieperspektiv, men som Helgeland påpeker er lite utbredt som behandlingstilbud i poliklinikker i Norge. Helgeland begrunner viktigheten av at et behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge også må inkludere et familierapeutisk perspektiv og stiller spørsmål ved hvorfor det er sånn at familieperspektivet ikke er like mye vektlagt som et individuelt behandlingstilbud for barn og unge.

Studiene til Svavarsdottir et al., (2019), Delaney (2019), Coyne et al., (2015) og Helgeland (2013), viser til viktigheten av å fokusere på familien til barn og unge som får psykiatrisk behandling og at behandlingstilbudet må inkludere et familierapeutisk perspektiv og ikke bare et individuelt tilbud til barn og unge. Studiene viser også til at psykiatriske sykepleiere har kunnskap om å forstå foreldre og at det er viktig at sykepleierne bidrar med å formidle kunnskapen til andre ansatte, slik at flere kan få den forståelsen som vil bidra til at hele familien blir inkludert i behandlingen.

### **3.0 Forskningsdesign**

Studien har et kvalitativt forskningsdesign, og data er innsamlet ved hjelp av individuelle intervjuer av 8 behandlere i en poliklinikk for psykisk helsevern for barn og unge. Tolkningen av de transkriberte intervjuene er gjort i et hermeneutisk teoretisk perspektiv og det er brukt Malteruds systematisk tekstkondensering for analyse av datamaterialet. Forskningsprosessen beskrives fra start til slutt inkludert det trinnvise analysearbeidet.

#### ***3.1 Vitenskapsteori***

Verken som forsker, som sykepleier, som kvinne eller som mann møter vi verden forutsetningsløst. Vår bakgrunn vil alltid være med oss inn i forståelsesprosessen. Når målet er å beskrive eller forstå hva som skjer rundt oss, er det naturlig å bruke en kvalitativ metode. Vi har da ofte et fortolkende utgangspunkt. Fortolkningslære eller hermeneutikk, legger på mange måter premisser for kvalitativ forskning. Forforståelse er et sentralt begrep i hermeneutikken (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015).

Før jeg startet prosessen med å skrive denne masteroppgaven var jeg preget av min forforståelse som var at psykisk helsevern for barn og unge er for standardisert og at det bidro til at fokuset på hvert enkelt barn og deres familie kunne bli oversett. Det igjen kunne bidra til at barn og unge ikke ble sett på i en større sammenheng. Når jeg hørte om erfaringer som behandlere har gjort seg i intervjuene lærte jeg noe nytt som jeg fortolket og som bidro til at jeg fikk en ny forforståelse. Jeg leste teori underveis i prosessen, og jeg transkriberte intervjuene som også bidro til å sette min forforståelse på spill. Ved at jeg satte min forforståelse på spill utviklet jeg min forforståelse som igjen bidro til at jeg kan forstå helheten på nytt på bakgrunn av ny kunnskap og økt innsikt.

I følge Thornquist (2003) må begrepene ontologi, epistemologi og metodologi belyses for å komme frem til ny kunnskap og gyldig viten. Ontologi er læren om hva som finnes i verden og hva som er tingenes egenskaper. Epistemologi er kunnskap om det vi kan vite og hvordan man kan komme frem til ny kunnskap. Metodologi er måten vi oppnår gyldig viten på og hva som er vitenskapelig viten.

Min ontologiske forståelse, hvordan jeg forstår barn i deres kontekst, var avgjørende for at jeg valgte det tema og den problemstillingen som jeg har valgt, og den var også av betydning for hvilken metode jeg har valgt å bruke i studien for å belyse min problemstilling. Det jeg fant interessant og viktig gjennom å transkribere intervjuene ble styrt av min ontologiske forståelse og epistemologi.

### ***3.1.1 Hermeneutikk***

Hermeneutikk handler om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning, hva forståelse er, vilkårene for forståelse og fortolkning og hvordan vi skal gå frem for å oppnå gyldige fortolkninger. Hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening. Heidegger (1889-1976) og Gadamer (1900-2002) regnes for å være de fremste representantene innenfor filosofisk hermeneutikk. De redegjorde for de grunnleggende forutsetninger for forståelse, ved å klargjøre grunntrekk ved menneskets eksistens. Heidegger og Gadamer mente at den tradisjonelle hermeneutikken hang fast mellom subjekt og objekt, det indre og det ytre. De anså det som helt sentralt å overvinne forestillingen om det autonome og fristilte subjektet som ble introdusert av Descartes (1596-1650) og hans bevissthetsfilosofi. Den filosofiske hermeneutikken representerer hermeneutikkens ontologiske vending. Heidegger og Gadamer mente at vi er i verden som forstående og fortolkende vesener, og dermed understrekte de at vår måte å eksistere på er hermeneutisk. (Thornquist, 2003).

Gadamer (2003) forklare den hermeneutiske sirkel med at man skal forstå helheten ut fra delene og delene ut fra helheten. I en sirkelbevegelse går vår forståelse hele tiden fra helhet til deler og tilbake til helheten igjen. I følge Nilsson (2007) skjer teoriutvikling sjelden gjennom en spesiell teknikk eller metode innen Gadamers tenkning, men teoriutvikling skjer i forlengelse av graden av forståelse av den ontologiske virkelighet man søker kunnskap om. Noe av det som kjennetegner hermeneutikken er forskerens intuisjon, innsikt og egen forforståelse og evne til refleksjon for å nå inn til den hermeneutisk sirkel, med mål om å utvikle ny kunnskap. Bevissthet på egne fordommer og egen forforståelse står sentralt hos Gadamer.

Heideggers beskrivelse av væren-i -verden, som har fått en spesiell plass i Heideggers filosofi, betyr at mennesket befinner seg alltid allerede innenfor en ”for-forståelse” som gir et bestemt perspektiv på verden (Thornquist, 2003).



Heidegger omtales både som fenomenolog og hermeneutikker, dette kommer av at han videreførte sentrale innsikter fra fenomenologien, men han var en selvstendig tenker som gikk sine egne veier. Filosofien til Heidegger avviker vesentlig fra fenomenologien. Hans oppgjør med subjekt- objekt- tenkningen har vært Heideggers viktigste bidrag til hermeneutikken. (Thornquist, 2003). I en studie om Heideggers begrep om omsorg som eksistensform (Grelland, 2018) forklares begrepet væren-i-verden på den måten at ved å forstå mennesket som væren-i-verden må vi tenke på det som en helhet, ikke som to komponenter, mennesket og verden og relasjonen mellom disse, som den tredje komponent. Bindestrekene i væren-i-verden er for å overvinne denne tredelingen.

Edmund Husserl (1859- 1938) regnes som grunnleggeren av fenomenologi. Husserls hovedinteresse var å studere bevisstheten, samtidig var han opptatt av å forstå kunnskap. Fenomenologien retter fokuset mot hvordan verden erfares for subjektet, ikke uavhengig av subjektet. Husserl mente at fenomenologi først og fremst er kunnskapsteoretisk anlagt og han mente at vår bevissthet alltid er rettet mot noe, den er aldri tom. På bakgrunn av det kalte han menneskets bevissthet for intensjonal. Det å forstå menneskelige handlinger ut fra menneskets subjektive perspektiv er noe av det fenomenologien står for (Thornquist, 2003).

Kvalitative forskningsmetoder har sine filosofiske røtter fra fenomenologien og hermeneutikken. Fenomenologien omfatter forståelse av menneskets subjektive erfaringer og bevissthet. En fenomenologisk forutsetning for forståelse er å sette tidligere kunnskap i parentes. En kritisk oppmerksomhet skal rettes mot den aktuelle subjektive erfaring, dette i lys av individets livsverden. Det vil si at essensen av et fenomen beskrives så nøyaktig som mulig. Hermeneutikken handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk. I tolkning av tekster legger hermeneutikken spesielt vekt på forholdet mellom deler og helhet, den hermeneutiske sirkel. Både fenomenologien og hermeneutikken har vokst frem i forlengelsen av hverandre, de har levert et sentralt teoretisk grunnlag for de kvalitative metodene, selv om det er mange viktige forskjeller mellom dem. Det som står i fokus for både fenomenologien og hermeneutikken er forståelse og utforskning av menneskelig subjektivitet og samhandling (Malterud, 2017). I en studie om fenomenologi og forskning (Norlyk & Harder, 2010), bidrar studien til debatten om fenomenologi som forskningstilnærming i sykepleie. Analysen avdekket betydelige variasjoner i beskrivelsene av den fenomenologiske tilnærmingen og det gjorde det uklart å vite hva som gjør en fenomenologisk studie fenomenologisk. Studien

konkluderer med at det er behov for å klargjøre hva som bidrar til at en studie er fenomenologisk før publisering.

Hannah Arendt (1906- 1975) var en av det 20. århundres fremste tenkere og en av de store politiske filosofer. Arendt ga sin politiske forståelse et fundament i en teori om menneskets evne til å handle og tenke selvstendig. Arendt beskriver tenkningen som en stadig tilbakevendende prosess, som bare er til for vår egen del, den inneholder ikke bare samvittighet, den inneholder også en selvstendig tankeevne, som vi kaller dømmekraft. Tenkningen beskrives som en evne, som setter hver enkelt i stand til å kritisere fellesskapets normer. For å være kritisk, må tenkningen være autonom. Tenkningen bør dermed ikke stilles i noens bestemte interesses tjenester, den er ikke et middel til å oppnå et bestemt mål, men et mål i seg selv. Tenkningen kan rydde fordommer av veien, ved at tenkningen har en kritisk og oppløsende funksjon. Når tenkningen rydder fordommer av veien gir den plass til en fornyet bruk av dømmekraften. Arendt ønsket å gjøre det Heidegger hadde gjort før henne, å gjenfortelle filosofiens tekster i et bevisst brudd med den metafysiske tradisjon og i en gjenoppdagelse av tenkningen ut fra det (Pahuus, 2006).

I hermeneutikken er et grunntrekk ved mennesket at det er i verden som et forstående og fortolkende vesen. Et kjent begrep i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel, den går ut på at hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Når vi da forstår helheten på nytt, vil det påvirke hvordan vi igjen ser på delene, som vil gjøre at vår helhetsforståelse er i bevegelse. Hermeneutikken kan bidra til at vi forstår hvordan vi forstår, tolker og gir verden mening (Thornquist, 2003).

Slik jeg ser det er barn og unge tjent med å bli forstått ut fra en større sammenheng, med det mener jeg at barn og unge må forstås ut fra at de lever i et samfunn, de lever i en familie og de er en del av et større nettverk som skole og venner. For å kunne forstå barn og unge må vi se på delene i livet deres. Når man ser på delene, vil det bidra til å øke vår forståelse og gi oss ny innsikt. Som igjen vil øke vår helhetsforståelse. Man ser på delene, fortolker det man ser og går tilbake til helheten for å kunne forstå delene på nytt.

Problemstillingen i denne masteroppgaven kan sees i et hermeneutisk vitenskapelig perspektiv, på den måten at jeg har vektlagt å forsøke å forstå og tolke informantenes

erfaringer, både gjennom intervjuene og transkriberingen av materialet. Gjennom min forforståelse, fortolkning og gjennom at jeg har lest teori, har jeg tilegnet meg ny kunnskap og økt innsikt som gjør at jeg sitter igjen med en ny forforståelse enn den jeg hadde da jeg startet med å skrive denne masteroppgaven.

### **3.2 Metode**

Jeg har brukt en kvalitativ metode for å få svar på min problemstilling. Begrunnelsen for valg av metode er at en kvalitativ metode bidrar til å forstå verden sett ut fra informantene. Jeg ønsket å få frem opplevelsene og erfaringene til informantene (Kvale & Brinkmann, 2015).

For å besvare min problemstilling, ønsket jeg å få frem informantenes refleksjoner knyttet opp mot temaene CAPA og sykepleie. Jeg var åpen om å oppdage noe nytt som kunne komme frem under intervjuene, og samtidig utforske hvilke erfaringer informantene har gjort seg i forhold til problemstillingen (Polit & Bech, 2017). *«På hvilken måte har praksis endret seg i psykisk helsevern for barn og unge innenfor poliklinisk behandling; etter innføringen av CAPA og hvilken betydning har tilnærmingen for sykepleiere i klinisk praksis?»*.

#### **3.2.1 Kontekst og Rekruttering**

Før jeg startet rekrutteringen av informanter undersøkte jeg hvilke poliklinikker i spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Norge som var aktuelle, med tanke på å ha innført CAPA. Jeg kom da frem til en poliklinikk som har innført CAPA og som hadde startet med å fase inn CAPA omtrent 10 måneder før jeg intervjuet deltakerne. Den aktuelle poliklinikken er relativt stor i størrelse med tanke på antall ansatte og dekningsområde for barn og unge.

Det jeg gjorde var å kontakte lederen på den aktuelle poliklinikken på telefon og presenterte prosjektet mitt. Lederen ga uttrykk for at det hørtes spennende ut og at det var interessant at noen utenfra ville komme til dem for å finne ut av hvilke erfaringer behandlere har gjort seg etter innføringen av CAPA, og at funnene mine kunne være interessante for dem i deres videre arbeid med CAPA. Lederen ønsket å presentere prosjektet for sine ansatte og høre om

de som poliklinikk var interessert i å delta i prosjektet. Jeg opprettet kontakt med lederen i juni 2019. Jeg fikk tilbakemelding fra lederen på mail om at de ansatte stilte seg positive til å delta. Lederen gjorde utvalget av informanter på bakgrunn av mine kriterier og avtalte tidspunkter basert på når vi hadde avtalt at jeg skulle komme. Denne oversikten sendte lederen meg.

### **3.2.2 Utvalg**

I utvelgelsen av informanter var kriteriene at behandlerne hadde jobbet i klinisk praksis i minimum 5 år, hvor de har hatt erfaring med å jobbe med barn, unge og deres familier, samt at de jobbet klinisk pr. tiden i en poliklinikk som har innført CAPA. Jeg ekskluderte behandlere som hadde mindre enn 5 års erfaring med å jobbe klinisk med barn, unge og deres familier, på bakgrunn av at jeg ønsket informanter som hadde erfaring, med tanke på at de ville ha større sammenligningsgrunnlag i forhold til eventuelle endringer i forbindelse med innføringen av CAPA. Jeg ekskluderte ledere og mellomledere på bakgrunn av at de ikke jobber klinisk i like stor grad som behandlere og dermed ikke har den erfaringen som jeg ville utforske.

Jeg formidlet til lederen at jeg ønsket å intervju 8 behandlere med ulike grunnutdanninger. Inklusjonskriteriene var at utvalget var behandlere i spesialisthelsetjenesten, det inkluderte at utvalget besto av ulike profesjoner. Jeg visste på forhånd at det ikke var sykepleiere i noen av de stillingene og et av mine kriterier var at jeg ville ha et utvalg av de ulike profesjonene, slik at det ikke var en spesiell profesjon som utgjorde resultatet av studien. Jeg inkluderte alle i forhold til alder, på bakgrunn av at deltakernes alder ikke var relevant for å komme frem til behandlerens erfaring med innføring av CAPA og på bakgrunn av at CAPA ble innført på samme tid på deres felles arbeidsplass.

Deltakerne i studien presenteres her:

<b>Intervjuform</b>	<b>Antall</b>	<b>Profesjon</b>
Kvalitativt individuelt intervju	1	Klinisk barnevernspedagog
Kvalitativt individuelt intervju	1	Psykolog
Kvalitativt individuelt intervju	2	Psykologspesialist
Kvalitativt individuelt intervju	3	Overlege
Kvalitativt individuelt intervju	1	Klinisk pedagog

### **3.2.3 Datainnsamling**

Jeg møtte opp på informantenes arbeidsplass og ble invitert inn på kontorene til de ulike informantene. Før jeg startet intervjuet introdusert jeg meg selv, fortalte litt om hvem jeg er og min bakgrunn, presenterte prosjektet og prosjektets hensikt. Informantene fikk tid til å lese gjennom informasjonsskrivet og samtykkeskjema. Jeg opplyste om anonymisering av informantene i oppgaven og at de har mulighet for å trekke seg fra prosjektet. Jeg tok opp intervjuene med digital lydopptaker. Informerte informantene om at materialet på lydopptakeren ville bli oppbevart forsvarlig, ved at det ville bli oppbevart nedlåst. Informerte om at samtykkeskjema og lydopptakene ville bli oppbevart på ulike steder og at samtykkeskjema også vil være nedlåst. Jeg informerte om at det digitale opptaket ville bli oppbevart til prosjektets slutt og slettet senest i løpet av året 2020. Samtlige skrev under på samtykkeskjema og alle fikk beholde en kopi hver med opplysninger for og kontakte meg eller min veileder i etterkant av intervjuet. Intervjuene ble utført i løpet av 3 sammenhengende dager i august 2019 og hvert intervju varte mellom 40- 45 minutter.

Jeg har utført semistrukturerte intervju hvor jeg hadde åpne spørsmål som bidro til at jeg kom på nye spørsmål underveis i intervjuet. På bakgrunn av det som kom frem kunne jeg justere spørsmålene mine ut fra det jeg innhentet. Jeg oppnådde et engasjement hos informanten, på bakgrunn av at vi kommuniserte og påvirket hverandre underveis i intervjuet, slik at jeg

kunne få mest mulig utbytte av det jeg innhentet. Jeg kunne innhente data fra informantene til jeg kom til det punktet hvor jeg ikke lenger innhentet ny informasjon, et såkalt metningspunkt (Polit og Beck, 2017). Jeg har utført intervjuene med bakgrunn i en intervjuguide og med en reflektert tilnærming til kunnskapen jeg søker (Kvale og Brinkmann, 2015).

### ***3.2.4 Intervjuguiden***

Da jeg utarbeidet det første utkastet av intervjuguiden skrev jeg ned spørsmål som kunne belyse problemstillingen. Etter nøyere gjennomlesning måtte jeg justere spørsmålene, da jeg så at noen av spørsmålene var preget av noe jeg ikke kunne vite på forhånd, men som jeg kanskje hadde håpet skulle komme frem som svar fra informantene. Jeg gjorde om på noen spørsmål, spurte en kollega om hun kunne høre på spørsmålene når jeg leste dem høyt og komme med innspill om det var noe hun merket seg som hun ikke helt forsto eller om det var spørsmål hun opplevde som ledende. Etter det gjorde jeg på nytt endringer på flere spørsmål. Før jeg var helt fornøyd med intervjuguiden spurte jeg veilederen min om hun kunne lese igjennom, samt hjelpe meg med formulering av ett par spørsmål som jeg strevde med å få formulert slik jeg ønsket. Jeg brukte den samme intervjuguiden gjennom alle intervjuene, men kom på tilleggsspørsmål underveis i de ulike intervjuene alt etter hva informantene svarte på spørsmålene. Når jeg var kommet halvveis i utførelsen av de 8 intervjuene, var det en av informantene som tematiserte noe spennende som jeg ikke hadde med i intervjuguiden, men som jeg tok med meg og stilte spørsmål ved til de informantene jeg hadde igjen å intervju.

### ***3.2.5 Dataanalyse***

Jeg har analysert datamaterialet ved hjelp av Malterud sin Systematiske tekstkondensering. Det er en analysemetode som er pragmatisk for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Metoden er utviklet for at analyseprosessen kan utføres på en systematisk og overkommelig måte. Den kan brukes til analyse av mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring. I analysen stoppet jeg opp, tenkte meg om, så etter mønstre som var relevante og som kunne belyse problemstillingen min, samt løftet ulike tolkninger opp mot hverandre. Analysemetoden bidro til å gjøre dette på en systematisk måte (Malterud, 2017).

Disse trinnene utgjør hovedstrukturen i Strategisk tekstkondensering:

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsdannede enheter
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene
4. Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98).

I analysens første trinn leste jeg nøye gjennom det transkriberte materialet to ganger, for å få et helhetsinntrykk. Jeg valgte å lese materialet to ganger da jeg etter første gjennomlesning merket at jeg ikke helt klarte å løsrive meg fra spørsmålene i intervjuguiden og ble preget av dem da jeg skulle notere stikkord for ulike tema som var relevante. Ved andre gjennomlesning fulgte jeg teksten tett og skrev ned 8 foreløpige temaer som jeg festet meg ved.

Analysens andre trinn bidro til nyttig organisering av intervjumaterialet, selv om det var en møysommelig og tidkrevende prosess. Her skilte jeg relevant tekst fra irrelevant tekst og avdekket meningsbærende enheter. Samtidig som jeg avdekket de meningsbærende enhetene systematiserte jeg de i ulike koder (Malterud, 2017). På bakgrunn av de 8 foreløpige temaene fra forrige trinn trakk jeg ut meningsbærende enheter som jeg mente kunne belyse problemstillingen. Et eksempel på en meningsbærende enhet er *«men det er noe med respekten for deres valg, ja.... også som jeg sa i sted hvis barnet eller ungdommen sier at de ikke har noe problem, det er de andre rundt som har et problem med det, ja da kan det hende vi skal jobbe med de andre rundt»* (1). Denne meningsbærende enheten ble lagt under koden «Barnets stemme». En annen meningsbærende enhet, *«så tenker jeg at sykepleiere har jo en annen fagbakgrunn enn det vi har i forhold til det med å håndtere familier og det på en måte være i kontakt med familier jeg tenker det tilfører et annet aspekt enn både pedagoger og psykologer og det at man har den litt somatiske bakgrunn som vi har lite av i BUP og som jeg tenker ofte mangler»* (8), ble lagt under koden «Ulike fokusområder».

I analysens tredje trinn gikk jeg nøye gjennom de meningsbærende enhetene på nytt. Jeg hadde nå mange meningsbærende enheter under hver kodegruppe. Jeg lagde da flere subgrupper under hver kodegruppe for å samle de meningsbærende enhetene som sa noe om det samme. Hver subgruppe fikk et eget tema som sa noe samlende om de meningsbærende enhetene. Jeg hadde nå flere meningsbærende enheter under hver subgruppe og jeg leste gjennom de ulike meningsbærende enhetene før jeg skrev en samlet tekst som sa noe helhetlig

om de ulike meningsbærende enhetene i hver subgruppe, dette kalles et kondensat- et kunstig sitat. I kondensatet brukte jeg jeg-form for å minne meg selv på at jeg foreløpig skal representere hver og en av deltakerne. Jeg forsøkte å være så tekstnær som mulig og det var akkurat som jeg kunne høre stemmene fra deltakerne under intervjuet. Deretter valgte jeg ut et ”gullsitat” som sa noe konkret om det jeg hadde skrevet om i den samlede teksten. Dette gjorde jeg under hver subgruppe (Malterud, 2017). Det jeg så underveis i denne delen av analysen, var at noen subgrupper under samme kode sa noe om det samme. Jeg la de da sammen og navnet på subgruppen ble da enten det som passet best av de subgruppene som ble slått sammen eller så ble det et nytt navn som jeg mente var mer samlende enn det forrige. Jeg så også underveis i dette analysetrinnet at noen av kodegruppene jeg hadde laget passet sammen, de sa noe om det samme, selv om det i de første analyse trinnene ikke var innlysende.

I analysens fjerde og siste trinn brukte jeg kondensatene fra forrige trinn til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe. Her var min oppgave å gjenfortelle på vegne av deltakerne slik at det ble til ny kunnskap. Jeg illustrerte den analytiske teksten med et treffende ”gullsitat” som kunne konkretisere det jeg hadde gjort av hovedfunn. Her brukte jeg ved noen anledninger det samme ”gullsitatet” som jeg brukte i analysetrinn 3, ved andre kodegrupper fant jeg et nytt ”gullsitat” som jeg mente passet bedre til den analytiske teksten. Når jeg leste nøye gjennom den analytiske teksten lagde jeg nye overskrifter til kodegruppene, som sa noe om det som viste seg i teksten og som nå er en del av resultatet fra studien. Det gjorde at jeg også la to kodegrupper sammen, for det viste seg at overskriftene sa noe om akkurat det samme. Jeg mener det er en fordel at jeg allikevel holdte de adskilt frem til dette trinnet i analyseprosessen, med tanke på at jeg da har jobbet nøyere med teksten i de to kodegruppene, enn om jeg hadde sett noen likheter på et tidligere tidspunkt og da hatt et større materiale som skulle bli til en analytisk tekst. Til sist i trinn 4, gikk jeg tilbake til utgangspunktet, til alle sidene med transkribert tekst, slik de var før jeg begynte med analysearbeidet. Dette var for å se om jeg har brukt begreper, beskrivelser eller tolkninger som det er vanskelig å tilbakeføre til den opprinnelige transkriberte teksten (Malterud, 2017).



### **3.3 Forskningsetikk**

Det er regulert gjennom Helsinkideklarasjonen at alle som forsker innen helsefag må gjøre forskningen etisk forsvarlig. Helsinkideklarasjon inneholder veiledende regler for helsepersonell som arbeider med forskning som omfatter mennesker. Formålet til Helsinkideklarasjon er å beskytte alle personer som deltar i forskning mot eventuelle farer som følge av forskningen, sentralt i det står det informerte samtykket. Forskningsetiske retningslinjer kan deles inn i tre ulike hensyn, som jeg må tenke igjennom. 1. Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, 2. Min plikt til å respektere privatlivet til informantene, 3. Mitt ansvar for å unngå skade (Christoffersen et al., 2015, s. 43).

Informantene ble informert om forskningsprosjektet før de samtykket om å delta og jeg informerte informantene om at de kunne bestemme over sin egen deltakelse også etter at intervjuene var gjennomførte. Det ble både muntlig og skriftlig vektlagt at informantene kunne trekke sitt samtykke uten noen begrunnelse eller at det skulle bidra til noen negative konsekvenser for informantene. Videre informerte jeg om at det digitale lydopptaket og samtykkeskjemaene som informantene signert på ble oppbevart hver for seg, nedlåst, slik at ingen uvedkommende skulle få tilgang til materialet og på den måten kunne gjenkjenne informantene. Det ble også informert om at jeg ikke kom til å henvise til kjønn eller profesjon i analysen eller resultatdelen, slik at det ikke var mulighet for andre å vite hvem som har sagt hva. Nummerering av informanter er gjort tilfeldig for at de ikke skal kunne gjenkjennes av andre på enheten. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) har godkjent prosjektet (referansenummer 747223).

#### **3.3.1 Relevans**

Når jeg innhenter ny kunnskap om et tema ønsker jeg at andre skal lære noe av arbeidet som er gjort, men det er ikke gitt at resultatet av studien blir til vitenskapelig kunnskap. Det forventes at vitenskapelig kunnskap bringer relevans i form av ny erkjennelse. Det endelige svaret på om studien har ført til relevans er først når prosjektet er ferdig og studien publisert. Jeg vil da kunne se om andre kan bruke min innsikt til noe viktig eller nyttig. Prosjektets eventuelle relevans kommer også an på hvor godt jeg har orientert meg i litteraturen på feltet som jeg studerer, slik at jeg kan klargjøre hvordan resultatet eventuelt avviker eller sammenfaller med det jeg allerede vet. Viktige spørsmål jeg må stille meg er: hva vet jeg fra

før og hva tilfører denne studien (Malterud, 2017). Studiens funn kan være relevant for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, med tanke på at CAPA enda er lite utbredt som tilnærming i Norge og Norden. Studien kan være relevant for sykepleiere som interesserer seg for fagfeltet, samt ledere som ser verdien i tverrfaglig samarbeid. Da det finnes lite tidligere forskning på sykepleierens rolle i psykisk helsevern for barn og unge, kan studien tilføre ny kunnskap på et område som vil kunne ha betydning for sykepleierens rolle i dette fagfeltet. Resultatet av studien vil ikke være representativt for å generalisere, da studien i seg selv er for liten, men den kan bidra til videre forskning på området.

### ***3.3.2. Refleksivitet***

Refleksivitet er en posisjon som jeg må oppsøke og vedlikeholde- en aktiv holdning, hvor jeg ikke tar tingenes tilstand for gitt, men leter, skaper og oppsøker posisjoner som utfordrer feltekunnskaper og fordommer jeg har med meg. På forhånd må jeg være innstilt på å måtte forkaste konklusjoner som jeg var innstilt på kom til å bli resultatet. På bakgrunn av det er det svært viktig å klargjøre og dele min forforståelse med leseren. På den måten kan det være mulig for leseren å forstå hvordan jeg kom frem til det bestemte resultatet, selv om en annen person med sitt utgangspunkt ville ha tolket materialet på en annen måte og dermed kommet frem til andre resultater (Malterud, 2017). Min forforståelse er beskrevet i studien, dette for å være transparent ovenfor leseren, slik at det blir forståelig for leseren hvordan resultatet ble akkurat dette resultatet. Resultatet kunne blitt annerledes om noen andre hadde tolket materialet, på bakgrunn av at den person ville ha en annen forforståelse med seg. Dermed kan egen forforståelse ha preget studiens funn og konklusjoner.

### ***3.3.3. Troverdighet***

Troverdigheten i en kvalitativ studie vil kunne si noe om studien reflekterer formålet på en riktig måte og om funnene representerer virkeligheten, ved hjelp av fremgangsmåten som er brukt. Funnene fra datamaterialet representerer deler av virkeligheten, men er ikke selve virkeligheten. Spørsmålet er om dataene er troverdige representasjoner av det generelle fenomenet (Christoffersen et al., 2015). Datamaterialet som ble innhentet under intervjuene og tilliten til mine tolkninger av materialet, kalles troverdighet. Når jeg utførte intervjuene etablerte jeg tillit til informantene og til funnene, samt viste tillit til å se sammenhenger i forskningen. Troverdighet er spesielt viktig når det kommer til pålitelighet og oppnås i den

grad metodene gir tillit til at tolkningene av resultatet er sannferdige (Polit & Bech, 2017). Jeg har gjennom studien vært bevisst min forforståelse, jeg har vært nøye med å lytte godt til informantene og jeg har transkribert teksten ord for ord. Jeg har analysert teksten opp til flere ganger for å forsikre meg om at jeg ikke har lagt til tolkninger som kunne vært unnlatt.

## **4.0 Resultater**

Bakgrunnen for at den aktuelle poliklinikken hadde innført CAPA var at de ansatte i poliklinikken hadde følt på et for høyt arbeidspress over år og at det førte til at de ikke fikk gitt familiene den rette hjelpen de trengte da de trengte det. En annen grunn er at poliklinikken tidligere brukte henvisningene til å plassere pasientene direkte inn i ulike behandlingsprogram. De opplevde at det kunne medføre at verken pasienten eller familien forsto hva som skulle skje og hvorfor.

Resultatene som presenteres under er beskrivelser og mine fortolkninger av behandlere i psykisk helsevern for barn og unge sine erfaringer etter innføring av CAPA og deres forståelse av sykepleiere sin eventuelle rolle i et tverrfaglig team. Resultatene presenteres i fire kategorier.

### ***4.1 Barnets stemme blir vektlagt***

Mange deltakere beskriver at de er bevisste på at et av målene deres er at de som mottar tilbud i poliklinikken føler eierskap til egen behandling. For å føle eierskap til egen behandling må de ha motivasjon for å motta behandling og de må kjenne at dette er et tilbud de mottar på bakgrunn av at behandleren har hørt på dem og hørt på hva de opplever som vanskelig for seg selv. På bakgrunn av det utarbeider de mål for behandlingen sammen med barnet, ungdommen og familien. Flere trakk frem oversikt over egen behandling som en viktig faktor for at de skal lykkes, samt at de har et valg om de ønsker å motta behandling eller ikke. En av deltakerne sa at det som det handler om er at barnet, ungdommen, familien og behandleren er på samme lag. Andre sa at de nå var opptatt av å sjekke ut underveis om barnet eller ungdommen føler at de er på rett vei, det gjør de ved at de spør barnet eller ungdommen etter timen om de opplevde at de snakket om noe som var nyttig og om de følte seg hørt.

En av deltakerne beskriver at det har vært utfordrende å tenke annerledes etter innføringen av CAPA, med tanke på at de tidligere tenkte systematisk rundt nye saker, de møtte ungdommen eller familien, lagde behandlingsplan og avtalte ny time. Deltakeren sa at det krevde en del omstilling i forhold til hvordan jobben har blitt utført før. Dette ble også sagt av flere andre deltakere. Deltakerne var utelukkende positive til den nye måten å tilnærme seg barn, unge og familier på, og mange trakk frem at de nå er bevisste på at alle barn og unge som kommer til

psykisk helsevern for barn og unge skal bli hørt og at deres stemme skal bli vektlagt og at de har et valg og at de skal respektere valget deres.

*«det der at vi sitter og gjør vurderinger og gir dommen til familien det er jo nesten å regne som ganske så uetisk i dag tenker jeg»* informant 4.

*«siden vi startet opp i oktober så har vi med ungdommens stemme alltid klart å få frem barnets behov»* informant 6.

#### **4.2 Mulighetssamtalen bidrar til eierskap i egen behandling**

Flere deltakere fortalte at de hadde gjort seg erfaringer med at en samtale med en behandler var av og til nok, noen fikk veiledning gjennom samtalen, andre fikk høre at det de gjør er veldig bra og noen fikk tilbakemelding på at det de beskriver er normale reaksjoner, og gjennom dialog har de blitt trygg på det og ikke hatt behov for videre tilbud. Det at innføringen av CAPA har bidratt til at alle får mulighet til å komme til en samtale, har flere deltakere trukket frem som noe veldig positivt, da flere trakk frem at i en slik samtale blir det gjort tydelig at dette er et tilbud, det vil si at de har et valg. Mange deltakere har sagt at de merker på barnet og ungdommen at de tar mer eierskap i egen situasjon og egen behandling og flere tenker at det kommer av at behandlerne fokuserer på her og nå og er interessert i barnet/ ungdommens stemme og ikke hva som står i henvisningen. Flere av deltakerne snakket om fordelene med å gi alle et tilbud om samtale, fremfor å gjøre som tidligere, hvor de tok inn eller ga avslag utfra henvisningen og startet opp med utredning på de som fikk tilbud. Det å ikke avvise noen, men heller snakke direkte med dem det gjaldt opplevdes for mange deltakere som tilfredsstillende, samt at de trakk frem at det skapte tillitt mellom dem og familien og når barnet eller ungdommen tok eierskap i egen behandling ble de også motiverte for å nå målene sine.

*«jeg tenker vel at inngangsporten til å komme til BUP er blitt annerledes og som fører til at brukermedvirkningen er styrket det tror jeg»* informant 5.

*«følger dem mye mer på deres mål, så det tror jeg har vært et skifte i forhold til å tenke at vi skulle gjort en sånn standardisert barnepsykiatriskutredning på alle»* informant 2.

### ***4.3 Sykepleier kan bidra med å skape et større helhetsbilde***

Mange av deltakerne sa at det med at de ulike behandlerne hadde ulik faglig bakgrunn var det som styrket teamene og som hevet kvaliteten til poliklinikken. En av deltakerne sa at de trenger en faglig bredde når de jobber med barn og unge, ikke bare differensialdiagnostiske øyne. Flere av deltakerne sa at de trenger mer kompetanse på det somatiske, det medisinske og at de trenger noen med en familiær forståelse, og her ble sykepleier sin eventuelle rolle i en poliklinikk fremhevet. Flere av deltakerne sa at det vil skape et større helhetsbilde om de hadde hatt sykepleier i teamet sitt.

Tverrfaglighet i teamene ble av mange deltakere trukket fram som noe av det viktigste for å kunne få frem ulike tilnærminger til ulike problemer. Noen av deltakerne sa at de gjerne skulle hatt sykepleiere i teamene sine, men de visste ikke hvorfor de ikke har.

En av deltakerne hadde tenkt at sykepleie kanskje var mer relevant for en avdeling enn en poliklinikk, men at det allikevel kunne hende at en sykepleier med de rette videreutdanningene kunne passet der.

*«det at man har flere innfalsvinkler at man har flere som kan bidra inn med noen type kompetanse det tror jeg styrker i forhold til ungene»* informant 1.

### ***4.4 Mindre team bidrar til bedre utnyttelse av kompetanse som igjen øker kvaliteten***

Flere av deltakerne trakk frem at CAPA har bidratt til å heve kvaliteten på tjenesten med tanke på at de er blitt organisert i mindre team enn tidligere. De mindre teamene er satt sammen av ulike profesjoner og er de samme teamene som skal samarbeide over tid. Det gjøres nå kompetansekartlegging på alle behandlere hvor kompetansen blir målt opp mot behovet og hvor de da øker kompetansen på det område hvor det trengs. Deltakerne trakk frem at det er en plan for hvordan de små teamene skal få til å samarbeide på best mulig måte og på hvilken måte de kan utnytte hverandres kompetanse. Flere deltakere satte pris på at ledelsen sendte de på "teamaway" dager noen ganger i året, hvor teamene reiste ut av klinikken og hadde som tema hvordan de ønsker å ha det i teamet og samtidig ble de kjent med hverandre på en annen arena. En av deltakerne fortalte at i sitt team har de blitt enige om at de starter ut teammøtene med å høre hvordan team medlemmene har det, hvordan arbeidshverdagen og arbeidsmengden er for tiden, deltakeren sa at de hadde blitt enige om at de må ta vare på hverandre slik at de er i best mulig stand til å hjelpe andre.

Andre deltakere erfarte at ved at de ble færre i teamet enn tidligere så hadde de lettere tilgang på andre profesjoner når det var behov, en av deltakerne beskrev det på den måten at de ”hoppet på bussen” til hverandre. Det vil si at når noen trengte hjelp fra et annet team medlem så kom den personen og hjalp til og at metaforen ”hoppe på bussen” var et gjensidig samarbeidsprosjekt i teamet. Flere sa at den team følelsen de fikk i mindre team gjorde at det følte mer som at barnet, ungdommen eller familien var deres felles ansvar og ikke hver enkelt behandler sitt ansvar alene. Tverrfaglighet i teamene ble av mange deltakere trukket fram som noe av det viktigste for å kunne få frem ulike tilnærminger til ulike problemer.

Flere deltakere satte pris på at lederen jevnlig satte av tid med hver enkelt behandler for og gå igjennom kalenderen, slik at de kunne unngå å komme i en situasjon hvor arbeidspresset eller belastningen ble for stor.

Ett par deltakere beskrev av de har kjent på at de føler seg mer alene med små team, med tanke på at teamene er mer sårbare og at det da ikke alltid er noen som er tilgjengelige når det er behov. De forklarer det med at alle har hatt pasienter før innføringen av CAPA og at de tenker det vil bli bedre når de har jobbet med CAPA over lengre tid. I utgangspunktet er de positive til små team på grunn av at bedre utnyttelse av kompetanse.

*«så det er noe med at man skaper en identitet, skaper en teamfølelse, skaper en pitstop som faktisk fungerer..» informant 6.*

## **5.0 Diskusjon**

Diskusjonskapittelet er delt opp i to hovedkategorier med underkategorier for å skape oversikt. Hver del blir belyst med relevante teoretiske perspektiver og tidligere forskning, sett i lys av resultatene fra denne studien.

### ***5.1 «På hvilken måte har praksis endret seg i psykisk helsevern for barn og unge etter innføringen av CAPA?»***

#### ***5.1.1 Barnets stemme og behov i fokus***

Behandlerne opplever at barnets stemme blir vektlagt i større grad etter innføringen av CAPA. De er bevisste på at barnets stemme skal komme frem, og tar ikke utgangspunkt i henvisningen hvor det er beskrivelser gjort av andre, i den grad de gjorde tidligere. Behandlerne er bevisste på å høre på den personen de har foran seg og ta utgangspunkt i det den personen opplever som utfordrende for seg selv og hva den personen har behov for.

Travelbee (1999) sier at vi må forsøke å sette oss inn i den personen vi har foran oss, og gjennom det bidrar vi til at den som søker hjelp ser sammenhenger, som vil bidra til selvutvikling. Hertz (2011) bekrefter at opplevelsen av sammenheng er avgjørende for barn og unge som har problemer med å komme videre i livene sine. Opplevelsen av sammenheng er også av stor betydning for alle personer som står rundt barnet og ungdommen. Slik jeg forstår resultatene fra studien, at behandlerne er bevisste på å høre hva barnet og ungdommen sier og ta utgangspunkt i det, vil det kunne bidra til at barn og unge ser sammenhenger med de utfordringer de har og hva de har opplevd som vanskelig. Det vi som sykepleiere etterstreber er å sette oss inn i den personen vi har foran oss, hvordan det er å være akkurat den personen med de utfordringer den har med seg. Hva trenger det barnet av sine omsorgspersoner og nettverket for øvrig? Som sykepleiere må vi ha kommunikasjonen og vår kunnskap om den fremst i møte med mennesker. Det å bidra til endring og utvikling hos barn og unge krever kunnskap og innsikt i fagfeltet (Travelbee, 1999).

Flere behandlere beskrev det som utfordrende at de skulle tenke annerledes etter innføringen av CAPA, med tanke på at de tidligere tenkte mye mer systematisk rundt nye saker. Da møtte de barnet eller ungdommen, lagde behandlingsplan og avtale ny time og var da på en måte i gang med utredningen. Hertz (2011) påpeker at det i det medisinske paradigme ikke er fokus



på utviklingspotensiale, de samskapte faktorene. Dette innebærer en opplagt fare for å anvende en reduserende individuell synsvinkel. Resultater fra studien viser at behandlere erfarte at de tenkte mye mer systematisk rundt nye saker tidligere, det forstår jeg som at de allerede fra starten av et behandlingstilbud hadde bestemt seg for hvordan de skulle gå frem, eller hva de skulle se etter. Bakgrunnen for at de beskriver at det er utfordrende å tenke nytt kan være at det skaper en utrygghet fra noe som er kjent. Hertz (2011) beskriver at diagnoser i forbindelse med enkelte barn og unge ofte er lette å kjenne igjen og dermed kan kjennes pålitelige. Kunsten er å kjenne igjen mønsteret og samtidig få øye på forskjellene, det som ikke passer inn i en diagnose. Det er dette som kan skape tilløpt til en annerledes oppfatning av sammenhengene. Slik jeg forstår Hertz (2011) vil det å være åpen og nysgjerrig ovenfor barn og unge bidra til at vi ser sammenhenger som vil bidra til at barn og unge ser sammenhenger, som igjen vil kunne bidra til selvutvikling, som også Travelbee (1999) påpeker.

Etter innføringen av CAPA og etter at behandlerne har gjort seg erfaringer fra praksis var et direkte sitat fra en av informantene: *«det der at vi sitter og gjør vurderinger og gir dommen til familien det er jo nesten å regne som ganske så uetisk i dag tenker jeg»* informant 4. Min forståelse av sitatet er at CAPA har bidratt til og både skape en endring i den kliniske praksisen ved poliklinikken, samtidig som innføringen av CAPA har bidratt til at behandlere har endret syn og forståelse av deres rolle i møte med barn og unge. Julie proff, Anika proff, Sandra proff, Lisa proff, Marius proff & Grande (2019) skriver at blant de unge som har opplevd at hjelp i psykisk helsevern har vært nyttig, har mange hatt behandlere som ikke har lagt så stor vekt på diagnosen. Da har fokuset heller vært å finne ut av hva som virkelig er viktig for de unge, gjennom at behandleren og den unge har blitt ordentlig kjent. Andre unge har opplevd at diagnoser blir mindre skumle hvis de ikke settes for raskt. En av de unge som har bidratt til boken forteller:

BUP ga meg en diagnose de mente forklarte oppførselen min. Da diagnosen var gitt, følte det som om de hadde funnet sin fasit. De hadde en forklaring som handlet om at noe var galt med meg. Da forsøkte de ikke å forstå eller finne ut av hvordan livet mitt var (Julie proff et al., 2019, s. 64).

En av deltakerne i studien sa dette under intervjuet: «følger dem mye mer på deres mål, så det tror jeg har vært et skifte i forhold til å tenke at vi skulle gjort en sånn standardisert barnepsykiatrisk utredning på alle» informant 2.

Sitatet støtter opp om det flere av deltakerne sa noe om i intervjuene og det er også et av målene til CAPA, at behandlerne skal jobbe mer målorientert med barn og unge, fremfor å starte diagnostisk utredning for tidlig. Resultatet fra studien viser til at når behandlerne fikk frem barnets behov og satte mål ut fra det, så opplevde de at barn og unge tok mer eierskap i egen behandling. Resultatet fra studien støtter opp om både det Hertz (2011) og det Julie et al., (2019) påpeker som viktig for at vi skal kunne se og forstå barn og unge i en større sammenheng.

Innføring av CAPA har bidratt til at alle som henvises til poliklinikken får mulighet til å komme til en samtale, som kalles «mulighetssamtalen». Dette opplevdes utelukkende positivt for behandleren da de erfarte at det å være tydelige med barnet og ungdommen om at dette er et valg, bidro til at barnet og ungdommen tok større eierskap i egen behandling. Coyne, Hallstrøm & Søderbæck (2016) har skrevet en artikkel om at foreldrene og de profesjonelle skaper en sterk relasjon seg imellom som kan gjøre at fokuset blir tatt bort fra barnet. Resultatet viser til at fokuset må være rettet mot medbestemmelsesretten til barnet og ungdommen, barnets perspektiv må løftes frem, og barnet må sees på som en person som kan representere seg selv med sine egne erfaringer og egne ønsker om å bli respektert. Slik jeg ser det støtter artikkelen opp om det behandlerne erfarer som nyttig for at barn og unge skal føle eierskap til egen behandling, både det at de fokuserer på medbestemmelsesretten til barnet og ungdommen og at de tar utgangspunkt i at de kan representere seg selv. Resultater fra artikkelen til Coyne et al., (2015) viser til at ungdommene ønsket å bli tatt med i informasjonsdeling og beslutningsprosesser som handlet om dem selv. Resultatet viser til at klientenes engasjement er viktig for kvaliteten i tjenestetilbudet for barn og unge innenfor psykisk helsevern.

Funnene i artiklene til Coyne et al., (2016) og Coyne et al., (2015) støttes av erfaringer fra psykisk helseproffene som har bidratt i boken ” *Psykisk helsevern fra oss som kjenner det*”, skrevet av Julie et al., (2019). Mange av psykisk helseproffene, som har erfaring fra psykisk helsevern for barn og unge, har følt at det har vært mange voksne som har snakket over hodet på dem. Psykisk helseproffene formidler at det har føltes utrygt for dem når voksne snakker sammen om dem, uten dem selv til stede. Det har ført til at ungdommene har blitt utsikre på

om deres egne tanker ikke har betydd så mye som de voksnes tanker. Når de voksne har vært mer opptatt av å høre på andre voksne, så har ikke ungdommene fortalt egne tanker til behandleren sin. Psykisk helseproffene formidler at de må få være med i samarbeidet og kjenne seg trygge for at hjelpen fra psykisk helsevern skal bli nyttig. Resultater fra studien viser til at det å være tydelig med barn og unge om at de har et valg om å motta behandling eller ikke, bidra til at de tar større eierskap i egen behandling. Slik jeg forstår det skjer det noe annet når barnet får være en del av avgjørelsen som omhandler en selv. Det at behandlerne tar mindre utgangspunkt i henvisningen, tenker jeg også vil bidra til at de er mer åpen i møte med den andre, som vil bidra til at barn og unge føler at det de sier er viktig. Det at barn og unge føler seg viktige kan igjen bidra til at behandlingen oppleves nyttig.

Artikkelen til Coyne et al., (2016) og Coyne et al., (2015) og det psykisk helseproffene formidler (Julie et al., 2019) støttes av det som er et av CAPA sine hovedmål, at barnets stemme og behov skal komme tydeligere frem og at samarbeid skal stå i fokus. En av psykisk helseproffene i boken til Julie proff et al., (2019) beskriver sin opplevelse slik:

Jeg skulle av hele mitt hjerte ønske at de hadde snakket med meg først om hva som var viktig for meg helt fra starten da jeg kom til BUP. Jeg var et barn, men jeg visste jo mye om livet mitt, hvordan det var å være meg, og viktige ting jeg kjente at måtte skje for at jeg skulle få det bedre. Tenk om de hadde samarbeidet mer med meg enn med foreldrene mine. Da tror jeg at vi kunne funnet løsninger sammen, og at jeg hadde fått det bedre ganske mye fortere. Det gjør det vondt å tenke på i dag (Julie proff et al., 2019, s. 25).

Deltakerne i studien sa at de nå er mer bevisste på å få frem barnets behov og legger mer til side informasjon og observasjoner som er beskrevet av andre instanser. Travelbee (1999) sier at vi må forsøke å sette oss inn i den personen vi har foran oss, for å få det til må vi være interessert og lytte på hva den personen har å si. I studien om hvordan dyktige sykepleiere opplevde sin praksis (Uhrenfeldt & Hall, 2007), trakk sykepleierne frem tenkning, dømmekraft og handling som det viktigste i deres praksis. Sykepleierne hadde både hjertet og hodet med seg i hver situasjon, og de så an hvem de hadde foran seg. For å se hva akkurat den pasienten trengte og deretter gi den beste behandlingen.

Slik jeg forstår både Travelbee (1999), artikkelen til Coyne et al., (2016), Coyne et al., (2015) og erfaringene til psykisk helseproffene (Julie et al., 2019) sammenfaller det med endringene i praksisen ved poliklinikken, etter innføringen av CAPA. Resultater fra studien viser til at barn og unge er i fokus, de blir tatt med og inkludert i prosessen som vedrører dem gjennom dialog og kartlegging av deres eget behov. Uhrenfeldt & Hall (2007) viser til at det er viktig at vi både bruker vår faglighet og personlige vurderingsevne i møte med den andre. Slik jeg ser det underbygger det resultatet fra studien hvor behandlerne beskriver at de nå både har barnets behov i fokus, samtidig som de nå jobber mer målorientert. For å få dette til kreves det både faglighet og personlig vurderingsevne.

Aakre (2016) skriver om hva Aristoteles en gang sa om dømmekraft. Aristoteles pekte på mennesket som et kontinuerlig tolkende vesen, der det er viktig å forstå sammenhengen mellom de vurderinger og handlinger et menneske gjør og den aktuelle konteksten.. Dømmekraft har å gjøre med utvikling av personlig karakter og kalles både den praktiske fornuft, personlige vurderingsevne, kompetanse til å argumentere og bedømme kognitivt, estetisk, emosjonelt og moralsk. I følge Pahuus (2006) var Arendt opptatt av menneskets evne til å handle og tenke selvstendig og beskrev dømmekraft som en selvstendig tankeevne. Arendt mente at tenkningen kan rydde fordommer av veien ved at tenkningen har en kritisk og oppløsende funksjon. Som igjen gir tenkningen plass til en fornyet bruk av dømmekraften. Arendt sin forståelse av tenkning og dømmekraft belyses i artikkelen til Uhrenfeldt & Hall (2007) hvor sykepleiere trakk fram at det er tenkning, dømmekraft og handling som er det viktigste i deres praksis. Hertz (2011) poengterer viktigheten av å forstå sammenhengen mellom handlinger og atferd hos mennesker og den aktuelle konteksten de er en del av.

Jeg tenker at det er viktig å ta i bruk vår egen dømmekraft når man møter barn og unge i psykisk helsevern. Dømmekraften vil bidra til at vi både bruker vår fagkunnskap og personlige vurderingsevne i møte med barn og unges utfordringer. Vi er avhengige av det, for å kunne være åpne for å se etter sammenhenger i barn og unges liv og for å kunne se dem i det samspillet de er en del av.

I følge Aakre (2016) er det en tydelig sammenheng mellom dømmekraft og etikk. Brinchmann (2016) forklarer etikk som teori om moral, med moral menes retningslinjer og regler for hva som er rett og galt. Etske utfordringer handler om våre verdier og holdninger. Aakre (2016) skriver at rådet for sykepleieetikk har en sentral rolle for profesjonsdannelsens etiske og pedagogiske fundament og deltar aktivt i utdanning og danning av praktisk

klokskap i sykepleietjenesten. I alle deler av helsetjenesten er arbeid med profesjonsetisk forandring og dømmekraft viktige konsekvenser for kvaliteten og pasientsikkerheten.

### ***5.1.2 Mulighetssamtalen bidrar til eierskap i egen behandling***

Det som også ble beskrevet som positivt fra informantene var at for noen var en samtale med veiledning fra en behandler nok til at barnet, ungdommen eller familien ønsket å fortsette med det de allerede gjorde av tiltak hjemme eller allerede fikk hjelp til i nærmiljøet i form av kommunale tjenester. Noen ganger bidro behandleren til at helsesøster eller andre kommunale instanser kunne bidra i forhold til akkurat det barnet, ungdommen eller familien på bakgrunn av at det passet dem bedre enn et tilbud ved poliklinikken.

Det var også noen behandlere som hadde hatt familier inne til første samtale, mulighetssamtalen, der familien ble lyttet til, fikk veiledning og støtte på at det de allerede gjorde av tiltak hjemme var bra. Det var nok til at familien på det tidspunktet ikke ønsket et tilbud ved poliklinikken, med begrunnelse i at de følte seg tryggere på det de allerede gjorde, etter å ha snakket med en fagperson.

Jeg tenker at dette sier mye om hvor viktig det er at vi som fagpersoner lytter godt og forsøker å forstå hvordan de menneskene vi skal bidra med å hjelpe opplever sine egne utfordringer. Man kan stå i fare for å overse det, om man tar valg på vegne av andre mennesker før man har kommet i dialog med dem og virkelig vært interessert i å forsøke å forstå situasjonen ut fra deres ståsted. Det at familier følte seg tryggere etter å ha snakket med en fagperson, støtter opp om det CAPA har bidratt med, at alle barn og unge får muligheten til å komme til en samtale. Det kan også bidra til at færre familier bekymrer seg unødige for barnet eller ungdommen sin, som igjen kan skape bekymringer hos barnet eller ungdommen.

CAPA har en tilnærming til hvordan det er formålstjenelig å møte barn og unge innenfor psykisk helsevern for barn og unge, hvor man ikke går i gang med behandlingsplan og utredninger før behandlerne har gitt nok informasjon om tilbudet og hva det går ut på, og samtidig får frem barnet og ungdommens behov. Dette gjøres ved å være åpen, lytte til den andre og forsøke å sette seg inn i den andre, hvordan det er å være den person med akkurat de utfordringene. Når jeg ser resultatene fra studien opp mot CAPA sine mål med tilnærmingen og Travelbees sykepleieteori, sammenfaller de. Erfaringene til behandlerne etter innføringen

av CAPA er at de får frem barnet og ungdommens behov og at det videre gjenspeiler seg i at de tar større eierskap i egen behandling. Travelbee (1999) er opptatt av at sykepleiere gjennom kommunikasjon med den andre skal bidra til at den andre kjenner seg tatt på alvor og forstått og at sykepleier og pasient på den måten skal samarbeide om å mestre sykdom og lidelse.

Når behandlere erfarer at de har gått bort fra å ta valg på vegne av barn og unge, men har fokus på samarbeid for å oppnå mål, vil det også si at poliklinikken har gått bort fra et mer standardisert behandlingstilbud. Når det skjer åpner det opp for at hver enkelt behandler i mye større grad kan bruke sin faglige kompetanse i kombinasjon med egen dømmekraft. Det gjør at behandleren kan ta seg tid til å lytte og prøve å forstå hva som ligger bak de utfordringer som barn og unge opplever. Travelbee fremhever at det å prøve å forstå en type atferd er like viktig som å utføre en prosedyre. Det å bidra til endring og utvikling hos barn og unge krever kunnskap og innsikt i fagfeltet og det krever bruk av vår egen dømmekraft.

I følge York og Kingsbury (2013) bidrar CAPA sin tilnærming med at behandlerne må se på seg selv som en "tilrettelegger med ekspertise", fremfor en "ekspert med makt". Et av målene til CAPA er å finne ut om tjenesten har noe å tilby barn, unge og familier, gjennom dialog og kartlegging av hvordan de selv ser på sin situasjon og behovet for hjelp. Min forståelse av CAPA sin tilnærming til omskiftingen fra en "ekspert med makt" til en "tilrettelegger med ekspertise" er at vi som hjelpere skal være bevisste på at vi har makt og også være bevisste på at det er et maktforhold mellom en hjelper og mennesket som søker hjelp. Når vi er bevisste på det, kan vi ta det med oss i møte med den andre. Travelbee (1999) sier at den profesjonelle sykepleier har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. For å få dette til må både sykepleieren og den syke oppfatte og forholde seg til hverandre som unike menneskelige individer, ikke som "sykepleier" og "pasient".

Resultatet av studien støtter opp om CAPA sitt mål med tilnærmingen og det Travelbee (1999) sier om maktforhold. Resultatet fra studien viser at fokuset er flyttet til barnet og ungdommens behov, fremfor å gå raskt i gang med behandlingsplan og utredning. Det som skjer da er at maktforholdet, som vil komme tydeligere frem jo mer kontroll behandleren tar på behandlingen, vil bli mer balansert og slik jeg ser det også kjennes mer samarbeidende ut for barnet og ungdommen. Resultatet fra studien viser at behandlerne opplevde at barnet og ungdommen tok mer eierskap i egen behandling etter innføring av CAPA.

I følge York og Kingsbury (2013) er CAPA sin viktigste filosofi å ha brukerens synspunkter og ønsker i sentrum av det de gjør. Å gi brukeren valg handler om filosofien av samarbeidende praksis og sette brukeren av tjenesten i sentrum av alt de gjør. Ved at hovedfokuset er på barn, unge og familier sine behov og ønsker og ved at behandleren tar utgangspunkt i det, skapes det samarbeid som bidrar til måloppnåelse. Behandlerne forsøker å unngå at klienten føler at det å komme til deres tjeneste skal føles som å komme til en ekspert som skal spørre spørsmål og gi dem en vurdering til en passiv mottaker.

## ***5.2 «Hvilken betydning har tilnærmingen CAPA for sykepleiere i klinisk praksis?»***

### ***5.2.1 Tverrfaglighet bidrar til økt forståelse av barn og unge***

Et av resultatene i studien viser til at CAPA har bidratt til å heve kvaliteten på tjenesten ved at behandlerne er blitt organisert i mindre team enn tidligere. I teamene legges det en plan for hvordan de små teamene skal samarbeide og på hvilken måte de kan utnytte hverandres kompetanse, ved at sammensetningen i de små teamene består av ulike profesjoner. Det som også hever kvaliteten på tjenesten er at det nå gjøres kompetansekartlegging på alle behandlere, hvor kompetansen blir målt opp mot behovet poliklinikken har, det blir da lagt til rette for kompetanseheving på de områdene hvor det er behov for økt kompetanse. Naughton et al., (2015) har skrevet en artikkel som støtter opp under det resultatet som denne studien viser, at behandlerne opplevde en mer optimalisert bruk av behandlerne ved at de er organiserte i mindre tema og at det jobbes ut fra mål og målsetninger allerede fra første samtale. Artikkelen viste også til at ventetiden fra henvisning ble sendt til klienten hadde første fysiske oppmøte hadde gått ned fra 63 dager til 10 dager etter innføringen av CAPA.

I «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» står det at utredningen av barn og unge må ha et familie-, mestrings- og utviklingsperspektiv og dekke vesentlige psykologiske, pedagogiske, medisinske og sosiale forhold i barnets og ungdommens liv. I veilederen står det også at en reflektert praksis anvender ulike forståelsesmodeller og tilnærminger i forsøket på å bidra til løsninger på pasientens vansker (Helsedirektoratet, 2008). Verdens helseorganisasjon (2010) har utviklet en definisjon som er basert på en rekke forskningsstudier: "Collaborative practice happens when multiple health workers from

different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care” (Verdens helseorganisasjon, 2010).

Dette understreker viktigheten av det CAPA har som målsetning, at de tverrfaglige teamene i psykisk helsevern for barn og unge skal bestå av ulike profesjoner, for å kunne ta i bruk ulike forståelsesmodeller og tilnærminger for å bidra til å hjelpe barn, unge og deres familier. Erfaringer til sykepleiere og andre profesjoner fra tverrfaglig samarbeid belyses av Moe, Gårseth-Nesbakk & Brinchmann (2019), der resultater viser til at et tett samarbeid mellom ulike profesjoner bidrar til å skape ny kunnskap. Sykepleiere og terapeuter fremhevet tverrfaglig samarbeid med at det bidrar til å få frem ulike perspektiver, som de alene ikke ville sett. Det å få til tverrfagligheten, med å få inn alle sine synspunkter, ble beskrevet som utrolig flott og givende. Det bidro også til at oppfatninger de har om hverandre på bakgrunn av ulike profesjoner ble korrigert når de jobbet sammen.

For å forstå et tverrfaglig samarbeid bruker Willumsen og Ødegård (2017) et symfoniorkester som metafor. I et symfoniorkester er alle de ulike instrumentene representert med sine egne spesifikke uttrykk, som kan sammenlignes med ulike profesjoner som bidrar med hver sin kompetanse. Hvert instrument har sine unike kvaliteter som skal integreres i orkesteret. På samme måte skal de profesjonelles ulike bidrag integreres i en helhetlig tjeneste sammen med brukerens egne bidrag. Metaforen illustrerer viktigheten av at bidragene er forskjellige samtidig som de skal henge sammen. Slik jeg forstår CAPA sin målsetning med tverrfaglig samarbeid, artikkelen til Moe et al., (2019) og metaforen til Willumsen og Ødegård (2017) vil tverrfaglig samarbeid bidra til å oppnå ny kunnskap gjennom at ulike mennesker med ulike forståelser samarbeider for å oppnå et felles mål.

Et av resultatene i studien er at ”Sykepleiere kan bidra med å skape et større helhetsbilde”. Det som behandlerne erfarte styrket teamene og hevet kvaliteten til poliklinikken, var at teamene består av ulike profesjoner. I forhold til sykepleier sin eventuelle rolle i et tverrfaglig team i poliklinikken, sa flere deltakere at de trenger mer kompetanse på det somatiske, det medisinske og at de trenger flere med en familiær forståelse. Her ble sykepleier sin rolle fremhevet, hvor sykepleieren sin fagkunnskap kunne bidratt til å høyne kvaliteten i poliklinikken. Her ble det somatiske, det medisinske og en familiær forståelse spesielt trukket frem som fagområder hvor sykepleiere kunne bidratt med sin kompetanse. Det Travelbee (1999) sier om somatikk er at noen sykepleiere er ”tegn- og symptom” orienterte, heller enn ”handlingsorienterte”. Travelbee forklarer det med at utdanningen til noen sykepleiere har



hatt overdrevent fokus på betydningen av å se etter informasjon om symptomer ved observasjon. Bakdelen ved det er at det kan bidra til at man ikke tar seg tid til å bli kjent med menneskene som har disse symptomene og hva som ligger bak. Jeg tenker det er interessant at somatikk og medisin er de fagområdene som oftest ble trukket frem hos informantene i studien når temaet var sykepleier sin eventuelle rolle i et tverrfaglig team i poliklinikken. Blir dette løftet frem på bakgrunn av at det er noe av det de andre profesjonene mangler? Sykepleiere har også andre egenskaper, men de er kanskje mer like de egenskapene de andre profesjonene også har? Eller er det fordi de fleste sykepleiere innenfor psykisk helsevern jobber på døgnavdelinger og dermed blir assosiert med den kompetansen som trengs der? I studien om psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid (Karlsen, 2009), viser resultater til at kunnskap om kropp er det tema som tydeligst viser forskjeller på sykepleie og andre yrkesgrupper. Studien viser også til at det er viktig å jobbe med det somatiske og det psykiske samtidig. Travelbee (1999) trekker frem at det å lære den andre å kjenne er en like effektiv og nødvendig sykepleieaktivitet som å utføre prosedyrer eller gi fysisk omsorg.

Tverrfaglighet i teamene ble vektlagt som noe av det viktigste for å kunne tilstrebe og få frem ulike forståelser og tilnærminger til ulike problemer og utfordringer, og flere sa at de gjerne skulle hatt sykepleier i teamet for å styrke teamene og bidra til at barn og unges helhetsbilde kunne komme tydeligere frem.

Et av CAPA sine hovedmål er at barnets behov skal komme frem. Travelbee (1999) sier at evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket, handler om empati. Det er en prosess der sykepleieren er i stand til å se forbi ytre atferd og fornemme nøyaktig den andres indre opplevelser. Empati er en opplevelse av å forstå den andre uten å ta del i den andres tanker og følelser som om den var ens eget, men hvor sykepleieren tar del i den andres psykiske tilstand. Julie proff et al., (2019) oppsummerer viktigheten av at unge blir lyttet til og tatt på alvor. Behandlere som lytter på en ekte måte og tar det de unge sier ordentlig på alvor, kan gjøre at de unge åpner seg og behandleren kan bidra med å gi god og nyttig hjelp. Når unge merker at behandleren lytter til det de unge er opptatt av, føler de unge at de er viktige og de får troen på at det de sier er viktig.

Forandringsfabrikken setter søkelyset på min bekymring som går på om psykisk helsevern for barn og unge har fokus på å se bak atferden til de barn og unge som mottar et behandlings tilbud hos tjenesten, eller om utredninger og diagnoser har hovedfokus. Julie proff et al.,

(2019) skriver at flere av ungdommene som ble utredet og fikk en diagnose når de gikk i behandling i poliklinikken følte at diagnosen ga svaret på deres utfordringer og at behandleren da sluttet og utforske og vise interesse for hva det var som gjorde vondt på innsiden.

Jeg undrer meg over hva som bidrar til at noen barn og unge føler det på den måten. Er det sånn at de som gir behandling til barn og unge i psykisk helsevern tenker at barn og unge med samme diagnose trenger det samme? Hertz (2011) bruker begrepet det reduserende individuelle perspektivet og forklarer det med at noen behandlere kjenner igjen symptomer som passer inn i en diagnose og at det bidrar til en slags trygghetsfølelse i behandlerrollen. Om det er sånn at det skaper en trygghetsfølelse hos behandleren, kan grunnen til det være at behandleren blir usikker på egen kompetanse om behandleren ikke finner ut av årsaken til at barn og unge viser ulike atferdsuttrykk på at de ikke har det bra? I følge Hertz (2011) er det naturlig å se atferd og emosjoner som kommunikasjon og dermed som en invitasjon til å utvikle noe sammen. For å få dette til må det nåværende hjelpeapparatet, i følge Hertz (2011) erstattes med et utviklingssystem. Med det alvoret som atferden til barn og unge utgjør, kan man se på den som en invitasjon til en prosess der tilnærminger brukes til å skape gode kontekster der vi kan hjelpe hverandre med å utvikle det som trenger å bli videreutviklet – i barnets og ungdommens samspill med omgivelsene sine. Dette krever en bevegelse hvor vi går bort fra det reduserende individuelle perspektivet og fokuserer på at barnet og ungdommen er hovedaktører i egne liv.

### ***5.2.2 Sykepleier bidrar med helhetstenkning***

I følge Travelbee (1999) vil den profesjonelle sykepleier gi kvalifisert og medfølende omsorg til de mennesker som har behov for hjelp. Sykepleieren skal se etter og observere tegn på både fysiske og psykiske plager. Om sykepleieren i hovedsak har fokus på psykologiske aspekter ved omsorgen, betyr ikke det at den fysiske omsorgen skal eller kan forsømmes. Slik jeg forstår Travelbee (1999) fremhever hun sykepleieren sin faglighet når det gjelder helhetstenkning. Sykepleieren må tenke på at flere aspekter ved mennesket henger sammen og påvirker hverandre. Samtidig som man må være åpen for at ulike problemstillinger og utfordringer har ulike forklaringer på hvordan ting henger sammen. Gjennom den forståelsen kan sykepleiere bidra til at barn og unge kan se sammenhenger som kan vil bidra til at de forstår seg selv og sin situasjon bedre. Det igjen vil bidra til selvutvikling hos barn og unge. Det andre som kjennetegner den profesjonelle sykepleieren, er ifølge Travelbee (1999), evnen

til å bruke seg selv terapeutisk. Hun forklarer det med å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet, hvor målet er å etablere et forhold til den som søker hjelp. Det å bruke seg selv terapeutisk krever selvinnsikt av sykepleieren, det krever selvforståelse og det krever innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd. Det kreves også at sykepleieren innehar en dyp innsikt i det å være menneske. Det å bruke fornuft og intelligens er å bruke seg selv terapeutisk.

Min forståelse av CAPA sin filosofi og tilnærming til barn og unge i psykisk helsevern, sammenfaller med det Forandringsfabrikken formidler på bakgrunn av kunnskap fra barn og unge som har erfaring fra tjenesten og hva de tenker er viktige mål for at tjenesten skal oppleves tryggere og bidra til at flere barn og unge får den hjelpen akkurat de trenger. Min forståelse av Travelbees sykepleieteori er at man skal lytte til de personene som selv kjenner på kroppen hvordan det er å være dem, med akkurat sine opplevelser av det de strever med. Det kan være noe annet enn hva vi som hjelpere forstår. En av deltakerne sa: *«det der at vi sitter og gjør vurderinger og gir dommen til familien det er jo nesten å regne som ganske så uetisk i dag tenker jeg» informant 4.*

Jeg forstår det sitatet som en bevisstgjøring av hva som var vanligere før, at behandlerne i større grad skulle utrede og gjennom å fortelle og forklare diagnosen så fikk de på en måte svaret på hva som var problemet. Tilnærmingen med CAPA har bidratt med tydelighet med tanke på akkurat den systematiske tenkningen som var tidligere. Nå er det barnets, ungdommens og familiens behov som er i fokus og det er de stemmene som blir lyttet til. Jeg er opptatt av at tilbudet i psykisk helsevern for barn og unge ikke skal legge for stort fokus på utredninger og diagnoser. Jeg tenker at det kan gjøre at vi går glipp av andre viktige faktorer som påvirker barn og unges psykiske helse.

Resultatet fra studien viser til at flere av behandlerne erfarte at siden de nå er organiserte i flere små team bidrar det til at de føler at barnet, ungdommen og familien er deres felles ansvar og ikke hver enkelt behandler ansvar alene. En viktig faktor for å få til et godt og trygt samarbeid i temaene var at ledelsen ved poliklinikken sendte behandlere på ”teamaway” dager noen ganger i året. Hvor team medlemmene reiste ut av klinikken og hadde da som tema blant annet hvordan de ønsket å ha det i teamet. Her ble det trukket frem viktigheten av å bli kjent med hverandre på en annen arena enn arbeidsplassen og at det var betydningsfullt og ga positive resultater for samarbeidet i teamet.

Ledelsen i den aktuelle poliklinikken prioriterer å sende behandlere på ”teamaway” dager. Disse dagene er ment til å brukes for å snakke om hvordan de ulike behandlerne ønsker å ha det i teamet. Slik jeg ser det vil det kunne bidra til at refleksjoner rundt utfordrende problemstillinger kan tas opp, på bakgrunn av at behandlerne i teamet har blitt bedre kjent med hverandre som igjen kan bidra til at de blir tryggere på hverandre. For å få dette til må ledelsen se verdien i det og se at dette er en av faktorene som bidrar til at behandlerne kan gi den omsorgen som trengs også til hverandre. For så å være i best mulig stand til å gi nyttig behandling til barn, unge og familier.

Kari Martinsen (2003) stiller spørsmål ved hvordan vår fagkunnskap som sykepleiere bør tilegnes for å være et redskap i omsorgsarbeidet. Hun legger vekt både på faglige kunnskaper, ferdigheter og organisasjon, og belyser at dette er viktige forutsetninger for at vi skal kunne møte den andre med omsorg. I følge Aakre (2016) forebygger etisk refleksjon moralsk stress. Jeg forstår det på den måten at det støtter opp om at vi må ta på alvor de prioriteringer vi står ovenfor, og vi er avhengige av å ha ledere som tar dette på alvor og ser sammenhengen mellom det moralske stresset som vi i denne yrkesgruppen er utsatt for, og vår omsorgsetiske tenkning som vi som sykepleiere brenner for. Både det Aakre (2016) sier om at moralsk stress forebygges gjennom etisk refleksjon og det Martinsen (2003) formidler om at organisasjon er en viktig faktor for at vi skal kunne møte den andre med omsorg, støtter opp under det ledelsen ved poliklinikken gjør. Ledelsen investerer tid og økonomi i at behandlerne får muligheten til å reise ut av klinikken for å bli bedre kjent og samtidig fokusere på hva som skal til for at de skal kunne ivareta hverandre på best mulig måte, som igjen vil komme barn og unge til gode.

Helgeland (2013) fremhever i sin doktorgradsavhandling at behandlingstilbudet i psykisk helsevern for barn og unge skal gis og utføres i samarbeid med barnet, ungdommen og familien, hvor familieterapi er et av tiltakene. Det Helgeland (2013) sier samsvarer med Svavarsdottir et al., (2019) der de poengterer er det viktig å involvere familien i barnepsykiatrisk behandling. Når foreldrene blir involvert, reduseres risikoen for at barnet får tilbakefall. Psykiatriske sykepleiere blir nevnt spesielt, på bakgrunn av at de må opprette sin støtte til familien og det øvrige nettverket.

CAPA sine mål for praksis er blant annet at barnet, ungdommens og familiens behov skal komme frem og at behandlingsformen skal være samarbeidende (York & Kingsbury, 2013).

Ut fra resultater fra denne studien og slik jeg tolker de, har behandlerne gått fra et tidligere mer systematisk behandlingstilbud, hvor de som behandlere ledet an behandlingsforløpet, mot at de nå tar utgangspunkt i barnet, ungdommen og familiens behov og jobber mot mål i samarbeid med barn, unge og deres familier. Dette gjør at de går bort fra den systematiske utredningen og diagnostiske vurderingen tidlig i behandlingsforløpet. Ved samtidig å endre strukturen på team størrelsen og bevisstgjøring på at det er ulike profesjoner som utgjør hvert team, vil det bidra til at ulike forståelsesmodeller og ulike tilnærminger blir brukt på en måte som får frem helhetstenkningen. Som igjen bidrar til at barn og unge blir sett på og forsøkt forstått ut fra at det kan være mange og ulike grunner til at barn og unge trenger et behandlingstilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge, inkludert familierapi. Ved å sette sammen små team med ulike profesjoner er det mulig å få frem familieperspektivet, som Helgeland (2013) skriver og som Svavarsdottir et al., (2019) fremhever som en viktig del av behandlingen i psykisk helsevern for barn og unge. Dette står også nedfelt i statlige føringer (Helsedirektoratet, 2015) som et viktig behandlingstilbud når man jobber i spesialisthelsetjenesten med barn og unges psykiske helse.

Både det Helgeland (2013) og det Svavarsdottir et al., (2019) formidler støttes av Delaney (2019). Delaney (2019) viser til at spesialiteten og fokuset på behandlingstilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge må være like mye på hva foreldre og foresatte har behov for som på hva barnet har behov for. Delaney (2019) påpeker viktigheten av at psykiatriske sykepleiere må overføre kompetansen de har til nye ansatte slik at de får kunnskap om hvordan de kan forstå foreldre og høre på deres behov. Forfatteren formidler at sykepleiere må bruke praksis eksempler til å publisere dem i tidsskrifter, slik at flere får kunnskap om et viktig tema. Resultater fra artikkelen til Delaney (2019) og Svavarsdottir et al., (2019) fremhever sykepleierens kompetanse innenfor psykisk helsevern for barn og unge, spesielt med fokus på ivaretagelse av foreldre, foresatte og øvrige nettverk. Det å fokusere på hva familien som helhet trenger når noen i familien har det vanskelig, tenker jeg bidrar til å øke vår helhetsforståelse av barnet og ungdommen og det bidrar til å forstå barn og unge i sin kontekst, som Hertz (2011) fremhever som viktig med tanke på å ha fokus på utviklingspotensialet til barn og unge, fremfor å anvende en reduserende individuell tilnærming til barn og unges utfordringer.

Jeg er opptatt av at psykisk helsevern for barn og unge skal være basert på kunnskap om hele mennesket og at det skal være et faglig fundament at alle som jobber nært med barn og unge

skal se hele mennesket. Jeg er opptatt av at behandlere som er en del av psykisk helsevern for barn og unge skal ta utgangspunkt i det barnet eller den ungdommen vi har foran oss og sammen med deres egen erfaring og opplevelser og vår faglige kompetanse kan samarbeide mot felles mål. Dette er også nedfelt i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, hvor det blant annet står: ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (Norsk sykepleierforbund, 2019). Brunborg (2020) påpeker viktigheten av helhetlig omsorg til pasienter i psykisk helsevern, på bakgrunn av at de færreste diagnoser innenfor psykiske lidelser kan fikses med en enkel medisin eller et kirurgisk inngrep alene, dermed er helhetlig omsorg en desto viktigere egenskap hos sykepleiere innen psykisk helsevern.

For å få frem flere og ulike forståelsesmodeller for å kunne gi et helhetlig behandlingstilbud til barn og unge, har poliklinikken organisert seg i flere små tverrfaglige team. En av informantene sa det på denne måten: *«det at man har flere innfallsvinkler at man har flere som kan bidra inn med noen type kompetanse det tror jeg styrker i forhold til ungene» informant 1.* I Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019-2024) står det om sammenhengen mellom somatisk og psykisk helse. Det beskrives at symptom bildet ofte kan være vanskelig å forstå ut fra et ensidig psykisk eller somatisk fokus. Det kan være plager som ikke kan eller bør kategoriseres som enten psykiske eller somatiske. Noen barn og unge sliter med plager som ofte defineres som somatiske, som for eksempel utmattelse, smerter, svimmelhet, hodepine og søvnvansker. Psykiske problemer kan gi søvnforstyrrelser og spenninger og smerter i kroppen. Stress kan etter hvert gi utslag i somatiske symptomer. Opptappingsplanene poengterer at noen ganger kan psykiske lidelser også vise seg å være andre sykdommer og man kan ha flere sykdommer samtidig. Gode levevaner og ivaretagelse av somatisk helse er en nødvendig del av et sammenhengende tjenestetilbud. Regjeringen vil derfor sørge for at tjenestene etablerer rutiner som sikrer forsvarlig ivaretagelse av barn og unges somatiske helse i psykisk helsevern for barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, juni).

Det Helse- og omsorgsdepartementet (2019, juni) skriver i Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019-2024) styrker at tverrfaglig samarbeid er nødvendig i tjenestetilbudet innenfor psykisk helse for barn og unge. Det støtter opp om at ulike profesjoner skal samarbeide for at man skal ivareta både den somatiske og den psykiske helsen til barn og unge og man må ha kunnskap om at den henger sammen. Dette styrker

sykepleier sin rolle i et tverrfaglig team i en poliklinikk for psykisk helsevern for barn og unge. Resultater fra studien viser at behandlere ser verdien i å ha ulike profesjoner i det tverrfaglige teamet, som en av deltakerne sa: *«så det er noe med at man skaper en identitet, skaper en teamfølelse, skaper en pitstop som faktisk fungerer..» informant 6.*

I denne sammenhengen er ”pitstop” den tiden barnet, ungdommen og familien har et behandlingstilbud i poliklinikken. Ved å ha et tverrfaglig team rundt hvert barn og hver ungdom, som fungerer og ved at samarbeidet i teamet bidrar til ulike forståelsesmodeller og ulike tilnærminger, vil det bidra til at tiden blir brukt så effektivt som mulig. Det vil bidra til at barnet og ungdommen ikke skal bruke mer tid enn nødvendig innenfor poliklinisk behandling. Slik jeg ser det så optimaliserer poliklinikken nå behandlingen rundt barnet og ungdommen ved å bruke teamet rundt mer effektivt og samtidig tenke at behandlingen i poliklinikken er et ”pitstop”. Det vil si at poliklinikken er opptatt av at barn og unge som får et behandlingstilbud ikke skal være i behandling lengre enn nødvendig, som bidrar til å forhindre at barnet og ungdommen identifiserer seg med å være pasienter som trenger behandling. Det kan bidra til at barnet, ungdommen og familien blir usikre på om de kan klare seg på egenhånd senere i livet. Slik jeg forstår det er poliklinikken sin rolle bevisst, med tanke på det Delmar (2012) belyser om at vi må være bevisste på at det kan utvikles et makt- og avhengighetsforhold mellom hjelper og den som søker hjelp, for at vi skal kunne forhindre at det skjer.

Jeg ønsket å se etter paralleller som knytter sykepleieteori inn i dagens kontekst i psykisk helsevern for barn og unge i lys av CAPA sin tilnærming til psykisk helsevern. Målsetningen til CAPA er å få frem barnets, ungdommens og familiens behov og ønsker, gjennom dialog og samarbeid. Dette er noen av hovedpunktene i teorien til Travelbee, vi må sette oss inn i og forsøke å forstå hvordan den andre opplever sine utfordringer ut fra sitt ståsted og med sine erfaringer av hvordan det er. Travelbee (1999) sier at vi må etterstrebe og sette oss inn i den andre, hvordan akkurat den personen har det og ta utgangspunkt i deres subjektive opplevelse av sin egen situasjon. Dette kan bidra til at vi får til en samarbeidende praksis som CAPA fremhever som viktig for å oppnå en terapeutisk relasjon som videre kan bidra til at målet for behandlingen oppnås. For å oppnå en terapeutisk relasjon er kommunikasjon og kunnskap om den avgjørende, dette fremheves både av CAPA og Travelbee.

CAPA fremhever at vi må se på barn og unge i et større perspektiv med bakgrunn i at det er flere faktorer rundt barnet og ungdommen som kan påvirke deres liv. Gjennom at

sykepleieren er opptatt av å forsøke å sette seg inn i hvordan den andre opplever og erfarer sitt liv med sine utfordringer, hvordan det er å være akkurat den person, den måten tenker jeg at alle barn og unge i psykisk helsevern er tjent med å bli møtt. Det vil bidra til at barn og unge føler at deres stemme er viktig og at de føler seg tatt på alvor ut fra hvordan de selv beskriver deres behov. Det at sykepleieren er opptatt av å hjelpe familien med å mestre sykdom og hjelpe dem å finne mening i disse erfaringene, vil bidra til at barn og unge blir sett på i en større sammenheng, og forstått ut fra at de lever i et samspill med sine omgivelser.

Sykepleie er en profesjon som innehar en grunnleggende helhetstenkning, hvor vi både har faglig kompetanse på det somatiske og det psykiske. Helsedirektoratet (2015) påpeker at barn og unge i mange tilfeller vil ha behov for en helhetlig tilnærming fra helsepersonell som har kunnskap om sammenhenger mellom psykisk og somatisk sykdom.



## 6.0 Konklusjon

Målet med denne masteroppgaven var å finne ut av på hvilken måte praksis i poliklinikken for psykisk helsevern for barn og unge har endret seg etter innføringen av CAPA og hvilken betydning tilnærmingen har for sykepleiere i klinisk praksis. Resultater fra studien viser at praksisen i poliklinikken har endret seg på flere områder. Alle barn, ungdommer og deres familier som blir henvist til poliklinikken får tilbud om å komme til en samtale, barnet og ungdommens behov kommer tydeligere frem, behandlerne er bevisste på at alle barn og unge som kommer til poliklinikken har et valg om behandlingstilbudet poliklinikken har å tilby er noe de ønsker eller ikke. Endringen innebærer også at behandlerne nå er mer målorienterte i sin tilnærming til barn og unges utfordringer, noe som gjør at de går mer bort fra å gjøre en standardisert barnepsykiatrisk utredning.

Behandlerne erfarer at barn og unge tar større eierskap i egen behandling, noe som de forstår som et resultat av at de er i en samarbeidende dialog med barn og ungdom allerede fra første samtale og at de har en mer målorientert tilnærming. Praksis ved poliklinikken har også endret seg når det gjelder team-sammensetningene og størrelsen på teamene som samarbeider rundt barnet, ungdommen og familien. Det har bidratt til at de som team får frem flere forståelser som bidrar til å høyne kvaliteten på tjenesten. I tillegg har etableringen av små team, fremfor store team gjort at flere behandlere opplever at alle barn og unge som har et behandlingstilbud i poliklinikken er deres felles ansvar.

CAPA kan sees i sammenheng med Travelbees sykepleieteori. Travelbee løfter frem perspektiver på at vi må lytte og høre nøye etter på hvordan opplevelser den personen vi har foran oss har, hvordan den person sine utfordringer utspiller seg og hvordan det kjennes ut for den andre. Ut fra det kan vi bli kjent med den andre og fokusere på relasjonen som videre skal bidra til at den andre føler seg sett, hørt og forstått. Travelbees forståelse av mennesket er at både fysisk og psykisk helse henger sammen og at det kan være flere faktorer som påvirker barn og unges liv. Sykepleiere må være det bevisst, og gjennom den forståelsen skal man være bevisst på at man har makt som sykepleier og at man kan stå i fare for å utøve et maktforhold om man ikke er bevisst på at det kan skje.

Jeg har gjennom denne prosessen gjort meg noen tanker om at CAPA også har bidratt til at behandlerne har beskrevet en endring i seg selv, en ting er å være positiv innstilt til at arbeidsplassen skal innføre en ny tilnærming til poliklinisk behandling, som innebærer at de

skal utføre jobben sin på en annen måte enn tidligere. En annen ting er når de endringene blir til en del av den enkeltes forståelse som vises i hvordan de forstår barn og unges psykiske helse og de utfordringer de har. Det har også bidratt til at de flytter et maktforhold som kan ha vært tydeligere tidligere, til å bli et samarbeid. Et samarbeid som inneholder bevissthet på hva som skal til for å bidra til nyttig psykisk helsehjelp for barn og unge. Slik jeg ser det har ledelsen ved poliklinikken vært modige og kloke med tanke på å innføre en ny tilnærming til barn og unge i psykisk helsevern som springer ut i en forståelse som fortsatt er lite utbredt, men som vil bidra til at flere barn og unge opplever psykisk helsevern som nyttig. Denne forståelsen har nok mange av behandlerne hatt også før innføringen av CAPA, men jeg tenker at ledelsen ved poliklinikken har bidratt til at behandlerne kan utøve både sin faglighet og egen dømmekraft innenfor et tjenestetilbud som prioriterer å gjøre endringer for å sette barn, unge og familiers behov i fokus.

Resultater fra denne studien støttes av tidligere forskning om erfaringer etter innføring av CAPA. Det som er nytt fra denne studien er at mindre team bidrar til å heve kvaliteten på tjenesten, både på bakgrunn av at teamene består av ulike profesjoner og at mindre team bidrar til å få frem ulike forståelsesmodeller og ulike tilnærminger. Studien har også bidratt med ny kunnskap om sykepleier sin rolle i tverrfaglig team i lys av sykepleieteori og CAPA sin tilnærming til psykisk helsevern for barn og unge. Hvor sykepleier bidrar til helhetstenkning, som igjen bidrar til å heve kvaliteten i tjenesten.

## 7.0 Avslutning

Avslutningsvis vil jeg si at jeg er både stolt og takknemlig for at jeg har fått innblikk i en poliklinikk innenfor psykisk helsevern for barn og unge som endrer praksis, hvor barn, unge og familiers behov er i fokus gjennom dialog, samarbeid og en målorientert tilnærming til barn og unges utfordringer. Samtidig som det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike profesjoner blir løftet frem som et tiltak som høyner kvaliteten på tjenesten, hvor sykepleierens faglige kompetanse kan bidra til å styrke det tverrfaglige teamet og utvide forståelsen av barn og unge.

Det å skrive en masteroppgave i klinisk sykepleie har vært en interessant og lærerik prosess. Fra å ha en ide om hva jeg ønsket å utforske, til å sitte med et ferdig produkt, er i seg selv veldig tilfredsstillende. Det å utforske et tema som jeg synes er interessant og samtidig lære meg alt som inngår i en forskningsprosess, har gitt meg verdifull kunnskap som jeg kan ta i bruk for å bidra til at nye forståelser og ny kunnskap skapes. Jeg har også i større grad sett verdien i all forskning som blir gjort, både hvor viktig det er at det stadig blir publisert ny forskning, for å få ny kunnskap, men også sett verdien i at sykepleiere forsker for å bidra til å heve kvaliteten på sykepleien og for å påvirke helsepolitikken i samfunnet.

Jeg har gjennom prosessen lett etter litteratur som har vært kritisk til CAPA, men ikke funnet noe. Det handler kanskje om at CAPA er en relativt ny tilnærming og at det ikke er utforsket erfaringer rundt det. Jeg har forsøkt å finne kontraster mellom sykepleie og CAPA, men at det utfra mitt ståsted ikke er noen opplagte kontraster. Det kan være at andre vil være uenige eller vurdere det annerledes.

I starten med prosessen av studien vurderte jeg å skrive artikkel, men ombestemte meg underveis. På bakgrunn av det er resultatdelen skrevet sammen, etter nøye jobb med analysene og er ganske kort presentert. Siden denne studien skaper ny kunnskap både om CAPA i en norsk kontekst, og ny kunnskap om CAPA og sykepleie, vil det derfor være viktig å publisere resultatet og jeg planlegger å skrive en vitenskapelig artikkel etter denne prosessen.

Med tanke på videre forskning innenfor tema psykisk helsevern for barn og unge vil det vært interessant og nyttig å forske på hvilke erfaringer barn, unge og deres familier har gjort seg etter at CAPA har blitt innført ved deres poliklinikk og på den måten å sammenligne resultater fra det behandlerne erfarer og brukernes opplevelser og erfaringer med

behandlingstilbudet. Det vil også være interessant å forske på hvor lenge et gjennomsnittlig behandlingsløp varer etter innføringen av CAPA og innføring av en målorientert tilnærming til barn og unges utfordringer, sammenlignet med tiden før innføringen av CAPA.

Jeg mener det også være vil være nyttig å forske på sykepleiere sine erfaringer etter innføring av CAPA, slik at sykepleiere selv kan si noe om hvordan de får brukt sin kunnskap og erfaring i møte med barn, unge og deres familie.

## Referanser:

- Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft: Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Anika., Jan Marius., Marie Albertine. & Sandra. (2018). Klokskap mot vondt. *Psykisk helsearbeid*, 15 (02-03), 260-262.  
doi: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-18>
- Braut, G.S. (2019, 1.juni). Helse. I Store norske leksikon. Hentet fra <https://snl.no>
- Brinchmann, B.S. (Red.) (2016). *Etikk i sykepleien* (4.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brunborg, L. (2020). Sykepleiere er viktige i psykisk helsevern. *Sykepleien Forskning*. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/05/sykepleiere-er-viktige-i-psykisk-helsevern>
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleieutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Coyne, I., Hallstrøm, I. & Söderbäck, M. (2016). Reframing the fokus from a family-centered to a child-centered care approach for children`s healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494-502.  
doi: 10.1177/1367493516642744

- Coyne, I., McNamara, N., Healy, M., Gower, C., Sarkar, M. & McNicholas, F. (2015). Adolescents` and parents` views of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in Ireland. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(8), 561-569.  
doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1111/jpm.12215>
- Delaney, K.R. (2019). Parents of children with mental health issues: The importance of their journey. *Journal of Child and Adolescent Psyciatric Nursing*, 32(1), 4-5.  
doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1111/jcap.12225>
- Delmar, C. (2012). The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy*, 13(4), 236-243.  
doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1111/j.1466-769X.2012.00537.x>
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2.utg). USA: Davis Company.
- Forandringsfabrikken. (2004). Om Forandringsfabrikken Kunnskapssenter. Hentet fra <https://www.forandringsfabrikken.no/article/om-kunnskapssenteret>
- Fuggle, P., McHaugh, A., Gore, L., Dixon, E., Curran, D. & Cutinha, D. (2016). Can we improve service efficiency in CAMHS using the CAPA approach without reducing treatment effectiveness? *Journal and Child Health Care*, 20(2), 195-204.  
doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1177/1367493514563856>
- Gadamer, H.G. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen Akademisk.

Grelland, H.H. (2018). Martins Heideggers begrep om omsorg som eksistensform og dets betydning for forståelsen av begrepet omsorg i omsorgsfag. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(4), 269-275).

doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-09>

Helgeland, A. (2013). *Profesjonsetiske utfordringer ved barns deltakelse i familieterapi*.

(Doktorgradsavhandling, Universitetet i Agder). Hentet fra

<https://www.nfft.no/media/1384/profesjonsetiske-utfordringer-ved-barns-deltakelse-i-familieterapi.pdf>

Helgeland, H. og Førde, S. (2017). Barn og unge med uforklarlige kroppslige symptomer.

*Tidsskrift for den norske legeforening*.17(3).

doi: 10.4045/ tidsskr.17.0134

Helsedirektoratet. (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>

Helsedirektoratet. (2015, 10.okt). Psykisk helsevern for barn og unge. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge?malgruppe=undefined>

Helsedirektoratet. (2019, mars). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2018.

Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, juni). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse* (Meld. St.121 S (2018- 2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

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

Julie proff., Anika proff., Sandra proff., Lisa proff., Marius proff. & Grande, H.B. (2019). *Psykisk helsevern fra oss som kjenner det: unge deler erfaringer og gir råd*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jørgensen, B.B. & Steinfeldt, V.Ø. (2010). *Med sykeplejeteori som referanseramme i forskning og utvikling*. Danmark: Gads forlag.

Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 198-204.  
doi:10.4220/sykepleienf.2009.0099

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.



- Moe, C.F., Gårseth- Nesbakk, L. & Brinchmann, B.S. (2019). Medspill og motspill mellom profesjonene tilknyttet hverdagsrehabilitering. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(1), 1-16.  
doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2019-01-04>
- Mjøsund, N.H. (2020). Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern- pasienters drømmesykehus. *Sykepleien Forskning*, 15(80478).  
doi: [10.4220/Sykepleienf.2020.80478](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80478)
- Naughton, J., Basu, S., O'Dowd, F., Carroll, M & Maybery, D. (2015). Improving quality of a rural CAMHS service using the Choice and Partnership Approach. *Australasian Psychiatry*, 23(5), 561-565.  
doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1177/1039856215597537>
- Naughton, J.N.L., Carroll, M., Basu, S. & Maybery, D. (2018). Clinical change after the implementation of the Choice and Partnership Approach within an Australian Child and Adolescent Mental Health Service. *Child and Adolescent Mental Health*, 23(1), 50-56.  
doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1111/camh.12208>
- Nilsson, B. (2007). Gadamer's hermeneutikk: Noen betraktninger om sentrale dimensjoner innenfor hermeneutikk ut fra Gadamer's tenkning. *Sykepleien Forskning*, 1(4), 266-268  
doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0009>
- Norlyk, A. & Harder, I. (2010). What Makes a Phenomenological Study Phenomenological? An Analysis of Peer-Reviewed Empirical Nursing Studies. *Qualitative Health Research*, 20(2), 420-431.  
doi: <https://doi.org/10.1177/1049732309357435>

Norsk sykepleierforbund. (2014). Sykepleieres særegne kompetanse. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/637201/17036/Sykepleieres-saeregne-kompetanse>

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pahuus, A.-M. (2006). *Hannah Arendt*. Frederiksberg C: Forlaget ANIS.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research- generating and assessing evidence for nursing practice* (10.utg.). China: Wolters Kluwer.

Svavarsdottir, E.K., Gisladottir, M. & Tryggvadottir, G.B. (2019). Perception on family support and predictors` of satisfaction with the healthcare service among families of children and adolescents with serious mental illness who are in active psychiatric treatment. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(1), 6-15.  
doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1111/jcap.12220>

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Uhrenfeldt, L. & Hall, E.-OC. (2007). Clinical wisdom among proficient nurses. *Nursing Ethics*, 14(3), 387-397.  
doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1177/0969733007075886>

Verdens helseorganisasjon. (2010). Verdens helseorganisasjon. Hentet fra [https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)

Verdens helseorganisasjon. (2017). Verdens helseorganisasjon. Hentet fra  
<https://www.fn.no/Om-FN/FNs-organisasjoner-fond-og-programmer/verdens-helseorganisasjon-who>

Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red.). (2017). *Tverrprofesjonelt samarbeid: et samfunnsoppdrag* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Woodgate, R.L., Tennent, P. & Zurba, M. (2017). Navigating Ethical Challenges in Qualitative Research With Children and Youth Through Sustaining Mindful Presence. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1).  
doi: <https://doi.org/10.1177/1609406917696743>

York, A. & Kingsbury, S. (2013). *CAPA- The Choice and Partnership approach- A Service Transformation Model*. UK: Short Run Press.

## **Vedlegg A: "Informasjonsskriv og samtykkeerklæring"**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### **«Psykisk helsearbeid basert på barnets egne behov»?**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å forske på erfaringer til behandlere etter innføring av CAPA i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene med prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer behandlere ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk har etter innføring av CAPA. Jeg vil bruke en kvalitativ metode, intervju, for å innhente data. Forskningsspørsmålene vil bidra til å finne ut av hvilke erfaringer behandlere har etter innføring av CAPA, både positive og negative. Erfarer behandlere at barn og unges behov kommer frem, og blir dette eventuelt belyst på en annen måte enn tidligere? Formålet med prosjektet vil også være å finne ut av hvilke erfaringer behandlere har med å jobbe tverrfaglig, og hvilken betydning det eventuelt har for barn og unge som blir henvist til og får behandling ved poliklinikken.

Dette er en masteroppgave, hvor jeg skal bruke de analyserte dataene jeg innhenter til å skrive en artikkel. Formålet vil også være å kunne bruke masteroppgaven i undervisningsøyemed.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Nord Universitet er ansvarlig institusjon for prosjektet. Ansvarlig for gjennomføringen er masterstudent Marita Evjen. Førsteamanuensis Cathrine Moe, Nord Universitet er veileder.

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

Kriteriene for utvalget er gjort på bakgrunn av at du er ansatt ved en poliklinikk som har innført CAPA, at du har erfaring med å jobbe med barn, unge og deres familier i mer enn 5 år og at du pr. tiden jobber klinisk med barn og unge. Du er 1 av 8 behandlere som får denne henvendelsen.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet av meg, som er masterstudent, jeg vil komme til din arbeidsplass og gjennomføre et intervju som tar ca. 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp digitalt og jeg vil ta noen notater underveis i intervjuet. På det digitale opptaket vil det komme frem hvilken utdanning du har og din faglige erfaring med feltet. Ditt navn vil kun komme frem på informasjonsskrivet og samtykkeskjema, som oppbevares atskilt fra det digitale opptaket.

## **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 opplysningene om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

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

Det vil være meg, som masterstudent og min veileder ved Nord Universitet som vil ha tilgang til opplysningene.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, jeg vil lagre datamaterialet på ekstern tjeneste og oppbevare øvrige data innelåst.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2020. Personopplysninger og digitale opptak vil da bli makulert og slettet.

## **Dine rettigheter**

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Få slettet personopplysninger om deg
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)

- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Nord Universitet har NSD- Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Nord Universitet ved Cathrine Fredriksen Moe, epost ([cathrine.f.moe@nord.no](mailto:cathrine.f.moe@nord.no)) eller telefon: 93 03 91 28. Masterstudent ved Nord Universitet Marita Evjen, epost ([marita.evjen.no@gmail.com](mailto:marita.evjen.no@gmail.com)) eller telefon: 40 49 00 83.
- Vårt personvernombud: Toril Irene Kringen ved Nord Universitet, epost ([personvernombud@nord.no](mailto:personvernombud@nord.no)).
- NSD- Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(Forsker/ veileder)

Masterstudent

---

### **SAMTYKKEERKLÆRING**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Psykisk helsearbeid basert på barnets egne behov», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 31.12.2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## **Vedlegg B: «Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

1. Har du erfart at innføring av CAPA har bidratt til endringer i din kliniske praksis, eventuelt hvilke?
2. Har innføring av CAPA ført til strukturelle endringer i din arbeidshverdag? F.eks. inntaksrutiner, arbeidsmengde, arbeidsoppgaver.
3. På hvilken måte tenker du at barnet/ ungdommen og familien merker at CAPA har fokus på brukermedvirkning/ at barnets stemme skal komme frem?
- Erfarer du at det bidrar til å styrke den terapeutiske alliansen/ relasjon med barnet/ ungdommen?
4. Er din erfaring at barnets behov kommer tydeligere frem nå enn før?
5. Hva er din erfaring med betydningen av at dere arbeider i tverrfaglige team?
6. Har innføring av CAPA ført til endringer i det tverrfaglige samarbeidet, eventuelt på hvilken måte?
7. Hvilken betydning tenker du at det tverrfaglige samarbeidet har for kvaliteten i behandlingstilbudet i psykisk helse for barn og unge?
8. På hvilken måte blir de ulike yrkesutøverne sin kompetanse benyttet i det tverrfaglige teamet?
9. Hvilke tanker har du rundt en sykepleier sin rolle i et tverrfaglig team?
- Hva tenker du kunne vært et sykepleiefaglig bidrag?
10. Hva er de største fordelene med å innføre CAPA, slik du ser det?
11. Er det noen utfordringer knyttet til innføring av CAPA, evt. hvilke?
12. Kan du si noe om filosofien bak CAPA som omhandler verdier, tenkning og holdning?

## Vedlegg C: «Meldeskjema til NSD»

22.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### Meldeskjema 747223

#### Sist oppdatert

20.06.2019

#### Hvilke personopplysninger skal du behandle?

---

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

#### Type opplysninger

---

#### Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedømmer eller lovovertrедelser?

Nei

#### Prosjektinformasjon

---

##### Prosjektittel

Sykepleie basert på barns behov

##### Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Målet er at prosjektet skal kunne brukes til å skrive en artikkel, men jeg vil ikke oppbevare datamaterialet utover sluttdato for prosjektet.

##### Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Jeg har behov for å innhente navn på informantene, da de må signere på å ha mottatt informasjon om prosjektet, samt sine rettigheter og at de må signere på samtykkeerklæringen. Jeg har behov for å ta opp intervjuene digitalt. Dette for å kunne gå igjennom det når jeg skal analysere data i etterkant. Navnene på informantene kommer ikke frem på det digitale opptaket.

##### Ekstern finansiering

##### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

##### Kontaktinformasjon, student



Marita Evjen, marita\_evjen@yahoo.no, tlf: 40490083

## Behandlingsansvar

---

### Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helsevitenskap

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Cathrine Fredriksen Moe, cathrine.f.moe@nord.no, tlf: 93039128

### Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

## Utvalg 1

---

### Beskriv utvalget

Ansatte med behandleransvar ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

### Rekruttering eller trekking av utvalget

Jeg kontakter først leder ved poliklinikken for å få godkjenning, og i samarbeid med lederen kommer vi frem til hvem av de ansatte jeg skal intervju.

### Alder

26 - 67

### Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

### Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer

### Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

### Personlig intervju

### Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

### Informasjon for utvalg 1

### Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

**Hvordan?**

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

**Tredjepersoner****Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?**

Nei

**Dokumentasjon****Hvordan dokumenteres samtykkene?**

- Manuelt (papir)

**Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?**

En registrert kan trekke samtykket tilbake enten ved å kontakte meg direkte eller sende meg en bekreftelse på det elektronisk. En registrert kan trekke seg når som helst uten begrunnelse. Min veileder kan også kontaktes, samt NSD eller personvernombudet ved Nord Universitet.

**Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?**

De registrerte kan kontakte meg eller min veileder ved Nord Universitet, enten pr telefon eller epost om de ønsker innsyn i opplysningene de har gitt om seg selv eller om de ønsker opplysningene rettet eller slettet. De kan også kontakte personvernombudet ved Nord Universitet eller NSD.

**Totalt antall registrerte i prosjektet**

1-99

**Tillatelser****Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?****Behandling****Hvor behandles opplysningene?**

- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)

**Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?**

- Student (studentprosjekt)
- Prosjektansvarlig
- Databehandler

**Hvilken databehandler har tilgang til opplysningene?**

OneDrive/ Skyen. I samråd med Nord Universitet.

**Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?**

Nei

**Sikkerhet**

---

**Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?**

Ja

**Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?**

- Opplysningene anonymiseres
- Andre sikkerhetstiltak

**Hvilke**

Dokumenter låses inn.

**Varighet**

---

**Prosjektperiode**

01.07.2019 - 31.12.2020

**Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?**

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

**Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?**

Nei

**Tilleggsopplysninger**

---

## Vedlegg D: «Tilbakemelding fra NSD»

27.6.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Sykepleie basert på barns behov

#### Referansenummer

747223

#### Registrert

20.06.2019 av Marita Evjen - marita.evjen@student.nord.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Nord universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helsevitenskap

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Cathrine Fredriksen Moe, cathrine.f.moe@nord.no, tlf: 93039128

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Marita Evjen, marita\_evjen@yahoo.no, tlf: 40490083

#### Prosjektperiode

01.07.2019 - 31.12.2020

#### Status

21.06.2019 - Vurdert

#### Vurdering (1)

##### 21.06.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 21.06.2019. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD 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://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

#### HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

#### 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

NSD 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 behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

27.6.2019

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

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