

Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for helsefag  
Master i psykisk helsearbeid, kull 2010  
Masteroppgave  
15. mai 2013

## Profesjonelles oppfattelse av egen psykiatrisk kompetanse i norske barnevernsinstitusjoner

Hvordan oppfatter de profesjonelle i norske barnevernsinstitusjoner  
egen psykiatrisk kompetanse?

Av: Ingvill Karine Velde  
Veileder: prof. Per Nerdrum

## SAMMENDRAG

Hvordan profesjonelle oppfatter egen kompetanse har blitt undersøkt innen flere yrkesområder. Imidlertid ser det ut til å være en mangel på forskning på dette innen norsk barnevern. I lys av den pågående debatten rundt kompetanseheving innen sosialt arbeid, har denne studien sett på hvordan profesjonelle i et utvalg av norske barnevernsinstitusjoner oppfatter egen psykiatrisk kompetanse.

Et spørreskjema ble konstruert for studiens formål. Spørreskjemaet bestod av 60 komponenter, hvor respondentene skulle vurdere ulike sider ved egen psykiatrisk kompetanse. Dette ble distribuert til barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere som var ansatt i godkjente barnevernsinstitusjoner. Det endelige datamaterialet bestod av 131 respondenter. SPSS ble benyttet for å analysere materialet. T-test, enveis Anova, korrelasjonsanalyse, Chi kvadrat-test og regresjonsanalyse ble brukt for å fremstille resultatene.

De profesjonelle oppfattet eget kompetansenivå knyttet til diagnoser som middels, og de støttet seg i middels grad til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet. Arbeidserfaring fra psykisk helse, i hvilken grad psykiatri var et tema på arbeidsplassen og videreutdanning/ mastergrad hadde stor betydning for hvordan egen kompetanse ble oppfattet. Respondentenes tanker om hva som bidrar til profesjonell utvikling kan være nyttige ved utviklingen av organisatoriske intervensjoner.

## **ABSTRACT**

How professionals perceive their own competence has been investigated in several occupational fields. However, there seems to be a lack of research on this in the Norwegian child welfare services. In light of the ongoing debate around competence in the Norwegian social work field, this study has looked at how professionals within a selection of Norwegian child welfare institutions perceive their own psychiatric competence.

A questionnaire was designed for the study's purpose. The questionnaire consisted of 60 items, where respondents were to assess various constituents of their own psychiatric competence. This was distributed to child welfare officers, social workers and social educators employed in approved child welfare institutions. The final data consisted of 131 respondents. SPSS was used to analyze the data. T-test, One-way Anova, Correlation Analysis, Chi Square Test and Regression Analysis were used to produce the results.

The professionals reported a perception of moderate level of skill related to diagnoses, and they relied to a moderate degree on diagnoses and classifications in the work. Work experience in mental health, the extent to which psychiatry was an issue in the workplace and further education/ master degrees had great influence on perceived competence. The professionals have ideas about what contributes to professional development. Mining this knowledge can prove useful in the development of organizational interventions.

## **Innhold**

SAMMENDRAG .....	1
ABSTRACT .....	2
Tabelliste .....	5
Figurliste .....	5
FORORD .....	6
1.0. INTRODUKSJON .....	7
1.1. Kompetanse.....	7
1.2. Banduras teori om self-efficacy.....	8
1.3. Oppfattelse av egen kompetanse .....	9
1.4. Kompetansedebatten i barnevernet .....	11
1.5. Spenningsfeltet mellom psykiatri og barnevern .....	12
1.6. Psykisk helse hos barn og unge generelt.....	15
1.7. Psykisk helse hos barn og unge i barnevernet .....	16
1.8. Bakgrunn for valg av tema.....	17
1.9. Problemstilling.....	18
1.10. Forforståelse.....	20
2.0. METODE.....	22
2.1. Litteratursøk .....	22
2.2. Kvantitativ metode .....	22
2.3. Rekruttering.....	23
2.4. Konstruksjon av måleinstrument .....	26
2.5. «OKIP» – Opplevd Kompetanse i Psykiatri .....	27
2.6. Statistisk analyse .....	32
2.7. Forskningsetiske betraktninger .....	33
3.0. RESULTATER .....	35
3.1. Svarprosent .....	35
3.2. Deltagere .....	35
3.3. Oppfattet kompetanse – et oversiktsbilde av utvalget.....	37
3.4. Sammenligning av ulike gruppers oppfattede kompetanse .....	37
3.4.1. Statistisk signifikante funn .....	40
3.4.2. Andre funn.....	41

3.5. Arbeidsforholdenes betydning for oppfattet kompetanse .....	41
3.6. Målsettinger i arbeidet.....	44
3.7. Utvikling som terapeut.....	44
3.8. Hva har sterkest sammenheng med grad av oppfattet kompetanse?.....	45
3.9. Oppfattet kompetanse i utvalg og populasjon.....	47
4.0. DISKUSJON.....	49
4.1. Hovedfunn .....	49
4.1.1. Erfaring fra psykisk helsearbeid .....	49
4.1.2. Psykiatri som tema på arbeidsplassen .....	50
4.1.3. Videreutdanning/mastergrad.....	50
4.1.4. Vernepleiere .....	51
4.2. Andre funn.....	53
4.2.1. Utvikling som terapeut .....	53
4.2.2. Funns uten utslag.....	54
4.3. Hvordan er behovet for forbedring? .....	54
4.4. Implikasjoner for praksisfeltet .....	56
4.5. Studiens styrker og begrensninger.....	58
4.5.1. Svarprosent .....	58
4.5.2. Måleinstrument.....	58
4.5.3. Representativitet og generalisering .....	60
5.0. AVSLUTNING.....	61
6.0. LITTERATURLISTE.....	62
VEDLEGG.....	70
Vedlegg 1: Dokumentasjon av litteratursøk.....	70
Vedlegg 2: Rekrutteringsprosess.....	72
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD .....	73
Vedlegg 4: E-post til ledere ved barnevernsinstitusjonene .....	75
Vedlegg 5: Måleinstrument.....	78
Vedlegg 6: Barnevernsinstitusjoner som fikk invitasjon til å delta i undersøkelsen .....	85
Vedlegg 7: Påminnelse til ledere som ikke hadde gitt tilbakemelding .....	88
Vedlegg 8: Påminnelse til ledere som hadde videreformidlet undersøkelsen .....	91
Vedlegg 9: Andre videreutdanninger og mastergrader blant respondentene* .....	93

## Tabelliste

Tabell 1: Oversikt over spørreskjemaets oppbygning i syv deler med spørsmål og svaralternativer.....	28
Tabell 2: Oversikt over utvalgets fordeling på demografiske variabler. ....	36
Tabell 3: Sammenligning av grupper med t-test. ....	38
Tabell 4: Sammenligning av grupper med enveis Anova. ....	39
Tabell 5: Spearman's rho korrelasjoner mellom psykiatri som tema på arbeidsplassen og fire avhengige variabler.....	42
Tabell 6: Spearman's rho korrelasjoner mellom antall timer faglig kontakt med psykolog/psykiater pr. mnd. og fire avhengige variabler.....	43
Tabell 7: Spearman's rho korrelasjoner mellom antall timer veiledning pr. mnd. og fire avhengige variabler.....	43
Tabell 8: De tre yrkesgruppenes fire viktigste målsettinger i arbeidet.....	44
Tabell 9: Innflytelse på utvikling som terapeut. ....	45
Tabell 10: Variabler med en statistisk signifikant assosiasjon. ....	46
Tabell 11: Modellsammendrag for standard regresjon. ....	47
Tabell 12: Koeffisienter for standard regresjon. ....	47

## Figurliste

Figur 1: Forholdet mellom populasjon, utvalg og endelig datamateriale.....	25
Figur 2: Konfidensintervaller i populasjonen. ....	48

## **FORORD**

Først av alt vil jeg rette en stor takk til barnevernspedagogene, sosionomene og vernepleierne som tok seg tid til å svare på undersøkelsen min. Jeg vil også takke lederne som valgte å sende undersøkelsen videre til sine ansatte.

Jeg vil videre si tusen takk til min veileder, professor Per Nerdrum, for konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen. I tillegg vil jeg takke professor Amy Østertun Geirdal og mine medstudenter Beate Skyrud og Hanne Lorimer Aamodt i masterseminar-gruppen for nyttige innspill og forslag.

Jeg vil til slutt takke min bror Jonas Velde, og min mann Eivind Tønnessen, for grundig korrekturlesing i avsluttende fase.

Oslo, 15.05.13

Ingvill Karine Velde

## 1.0. INTRODUKSJON

### 1.1. Kompetanse

*Begrepet kompetanse (latin: *competentia*) kan defineres som å kunne, vite og ville noe som har verdi i livssammenheng. Dette innebærer at en er i stand til å mestre relevante funksjoner og oppgaver, og det kan innbefatte utførelse av bestemte ferdigheter og handlinger, ha innsikt og dømmekraft, være kreativ og problemløsende og besitte etiske holdninger (NOU, 2009: 08, 2009, s. 84).*

I følge Webster's Online Dictionary er kompetanse et begrep som kan spores tilbake til før 1590 (Definition: Competence, udatert). Stoof, Martens, van Merriënboer og Bastiaens (2002) fremhever at til tross for viktigheten av begrepet kompetanse, finnes det hverken et teoretisk rammeverk eller en klar enighet om definisjonen av kompetanse.

Parry (1996) og Mirable (1997) trekker begge frem at kompetanse innebærer kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er knyttet til ytelse i en jobb. Mirable (1997) trekker i tillegg frem evner, karakteristikk, motiver og verdier som bestanddeler i kompetanse. Parry (1996) hevder at kompetanse kan måles, og at den kan forbedres ved trening og utvikling.

McGaghie (1991) påpeker betydningen av å evaluere profesjonelles kompetanse for å sørge for at tjenestene som leveres er effektive og trygge. Hva som anses som profesjonell kompetanse bestemmes av flere faktorer, blant annet ekspertvurderinger, type praksis, type klienter, type problemer og forhold ved samfunnet. Profesjonell kompetanse er i tillegg et begrep som ikke er håndfast. Også Herling (2000) peker på behovet for å kunne kvantifisere ekspertise, for å kunne utvikle organisasjonens menneskelige ressurser på en effektiv måte. Han skiller mellom ekspertise og kompetanse, som er beslektede begreper, hvor sistnevnte handler om å utføre noe på en tilfredsstillende måte. Han definerer kompetanse som «den synlige atferd innen et spesialisert domene i form av konsekvent demonstrerte handlinger hos et individ som både er minimalt effektiv i sin gjennomføring og effektive i sine resultater» (Herling, 2000, s. 20, egen oversettelse). Prestasjonen trenger hverken å være fremragende eller spesielt god for å kunne kalles kompetanse. Herling (2000) skriver videre at kompetansem modellene har skilt mellom



statisk kunnskap og handlingskunnskap. Ekspertise innebærer, til forskjell fra kompetanse, en fremragende handlingskunnskap.

Stoof et al. (2002) fremmer på sin side et konstruktivistisk synspunkt, og foreslår en «grensetilnærming» til begrepet, noe som innebærer en aksept for at begrepet kan defineres på en rekke ulike måter, fordi det ikke bare finnes *en* sann definisjon. Det sentrale er at definisjonen er funksjonell innen situasjonen den brukes. Når kompetanse skal defineres anbefaler forfatterne å ta høyde for variablene «mennesker, mål og kontekst». Slik rettes oppmerksomheten mot selve situasjonen hvor definisjonen konstrueres istedenfor begrepets nøyaktige betydning.

## 1.2. Banduras teori om self-efficacy

*Self-efficacy*, i norsk litteratur ofte omtalt som selveffektivitet eller mestringstro, er en teori som går ut på at forventninger om egen effektivitet bestemmer om mestringsatferd blir iverksatt, hvor stor innsats individet gjør, og hvor lenge atferden eller innsatsen vedvarer når individet møter motgang eller ubehag (Bandura, 1977). Gjennom å oppleve mestring i aktiviteter som kjennes utrygge, vokser egen mestringstro (Bandura, 1977). Mestringstro bunner i følge Bandura (1977; 1982) i fire primære informasjonskilder: oppnådde prestasjoner, observasjoner av hvordan andre vi anser som like oss selv mestrer en oppgave, verbal overtalelse eller sosiale signaler om det å ha bestemte evner, og psykologiske tilstander som går på bedømming av egen evne, styrke og sårbarhet. Bandura (1982; 1986) argumenterer for at hans hypotese har et bredt gyldighetsfelt, basert på stor bredde i forskning som dokumenterer at en rekke faktorer påvirker mestringstro, og at mestringstroen igjen virker inn på motivasjon og handling. Mestringstro handler om troen på eget prestasjonsnivå, og må forstås uavhengig av forventningen om-, og det faktiske utfallet av handlingen (Bandura, 1977; 1986). Det sentrale er at individet tror at det har det som skal til for å gjennomføre den handlingen som kreves for å oppnå et bestemt resultat (Bandura, 1977).

Et individ gjør vurderinger av mestringstro ut fra en mengde informasjon. Hvordan tidligere mestringsopplevelser er lagret i hukommelsen er én faktor som vil virke inn på mestringstro, men også vurderinger knyttet til den aktuelle situasjon (Bandura, 1986). Autentiske mestringsopplevelser styrker mestringstroen, mens gjentatte nederlag svekker den, særlig dersom

nederlaget ikke kan tilskrives manglende innsats eller ugunstige ytre omstendigheter (Bandura, 1982). Vi vurderer egen kapasitet til å mestre utfordringer mer ut fra opplevelsen av kunnskaper, evner og strategier vi har enn i hvilken grad vi tenker at vi evner å anstrenge oss (Bandura, 1986). Vurderinger knyttet til egen mestringstro virker inn på handlinger, tanker og følelser (Bandura, 1982; 1986). Om et individ opplever lav mestringstro kan følelsesmessig aktivering føre til at det unngår en situasjon eller ikke gjør det like bra i situasjonen (Bandura, 1977; 1986), til tross for at individet faktisk vet hva som må gjøres (Bandura, 1982). I hvilken grad følelsesmessig aktivering knyttet til en ny situasjon virker inn på mestringstroen vil imidlertid være avhengig av hvordan slik informasjon behandles kognitivt (Bandura, 1986). I hvilken grad individet opplever å ha kontroll over det som utløser negative følelser vil være av særlig betydning (Bandura, 1982). Et individs mestringstro er ikke universell, men vil variere innen ulike former for aktiviteter og omstendighetene rundt disse (Bandura, 1986). Det ser ut til å være en årsakssammenheng mellom høyere grad av mestringstro og bedre prestasjoner og mindre følelse av usikkerhet (Bandura, 1982). I en meta-studie som involverte 114 studier (N=21616), fant Stajkovic og Luthans (1998) at self-efficacy hadde en sterk positiv korrelasjon til arbeidsrelaterte prestasjoner.

### **1.3. Oppfattelse av egen kompetanse**

En metaanalyse hvor 35 studier inngikk avdekket at det ikke var korrelasjon mellom karakterer oppnådd i utdanning, og prestasjoner i arbeidslivet. Karakterer kunne bare forklare 2,4 % av variansen (Samson, Graue, Weinstein & Walberg, 1984). Dermed vil det være tilnærmet meningsløst å bruke profesjonelles karakterer som utgangspunkt for å vurdere hvilken kompetanse de har i praksis. Spørsmålet blir da hvordan kompetanse alternativt kan måles.

McGaghie (1991) peker på at det ikke nødvendigvis er alle sider av profesjonell utøvelse som kan måles. Herling (2000) hevder at ekspertise (eller fremragende grad av kompetanse) kan gjenkjennes i andres prestasjoner. Dersom dette er tilfelle, kan det da antas at mennesker også evner å vurdere sin egen kompetanse?

SPR Collaborative Research Network (CRN) er et internasjonalt forskningsnettverk som kom sammen for å forske på utvikling av psykoterapeuter. Forskingen inkluderer psykoterapeuter fra

alle profesjonelle bakgrunner, teoretiske orienteringer og nasjonaliteter (Orlinsky et al., 1999). Orlinsky et al. (2005b) tar utgangspunkt i nettopp de profesjonelles egen oppfattelse når de undersøker hvordan psykoterapeuter fra ulike profesjoner utvikler seg gjennom et karriereløp ved hjelp av spørreskjemaet «Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire» (DPCCQ), fordi de antas å være «reflekterte observerende deltagere» i sin egen profesjonelle utvikling (Orlinsky et al., 2005b, s. 16, egen oversettelse). I tillegg blir det antatt at de besitter taus kunnskap om egen fungering (Orlinsky et al., 1999). Studien er et pågående forskningsprosjekt, hvor antallet deltagere er stigende. I 2005 hadde nesten 5000 psykoterapeuter besvart spørreskjemaet, og blant disse var det 5,7 % som kategoriserte seg selv som sosialarbeidere (Orlinsky et al., 2005a).

I Finland undersøkte Merentoja, Leino-Kilpi og Kaira (2004) sykepleieres oppfattelse av egen kompetanse i ulike sykehus-miljøer. Dette ble gjort med spørreskjemaet "The Nurse Competence Scale" (NCS) bestående av 73 spørsmål. Sykepleierne vurderte egen kompetanse på en Visual Analogue Scale (VAS) hvor det var mulig å svare fra 0-100. Sykepleierne oppfattet generelt egen kompetanse som god, som varierte med i hvilken grad de anvendte ulike typer kompetanser. Oppfattet kompetanse var positivt korrelert med både alder og lengde på yrkespraksis. O'Leary (2012) fant også en positiv korrelasjon mellom sykepleieres oppfattelse av kompetanse og alder. I tillegg korrelerte oppfattelse av egen kompetanse med yrkeserfaringens lengde. Merentoja, Isoaho & Leino-Kilpi (2004) har utviklet og testet NCS, og funnet sterk evidens på at den tilfredsstillende krav til validitet og reliabilitet, noe også O'Leary (2012) konkluderte med.

Porter (1975) fant i sin studie av førskolelærere i Texas at de klarte å identifisere sine styrker og svakheter når de ble bedt om å vurdere sin egen kompetanse. Som gruppe opplevde de «tilstrekkelig kompetanse» oftere enn «moderat» og «suveren» kompetanse. Nivå på egenvurdert kompetanse var positivt korrelert med alder. Det var også en signifikant forskjell med hensyn til at de med mastergrad hadde en oppfatning av seg selv som mer kompetente enn de med bachelorgrad. Studien viste ikke en statistisk signifikant korrelasjon med antall år erfaring i førskolen, men nært opp mot signifikansnivå.

Whicker (2012) undersøkte om det var samsvar mellom hvordan turnusleger innen pediatrien opplevde egne kommunikasjonsferdigheter, og vurderingene av dem gjort av foreldre som i

samtale ble gitt dårlige nyheter om sine barn. Det viste seg at det ikke var sammenheng mellom hvordan turnuslegene vurderte seg selv, og hvordan foreldrene til barna vurderte dem. De med lavest kommunikasjonsferdigheter (i følge barnas foreldre) var de som i størst grad overvurderte egne evner. De med middels ferdigheter (i følge barnas foreldre) var de som selv vurderte sine egne ferdigheter mest nøyaktig, mens de med høyest ferdigheter (i følge barnas foreldre) i størst grad undervurderte egne ferdigheter. Hverken kjønn, turnuslengde eller etnisitet hadde noe å si for evnen til å vurdere egen kompetanse. Whicker (2012) sin studie tyder på at egenvurderinger ikke alltid er nøyaktige mål på egen kompetanse. Dette er i tråd med Kruger og Dunning (1999) fire studier som avdekket forholdet mellom faktiske evner og egenvurderte evner innenfor områdene humor, grammatikk og logisk resonnering. De fant at mennesker tenderer til å overvurdere egne evner og sosiale ferdigheter, noe de mente kunne forklares med at inkompetanse fører til mangelfulle evner til å oppfatte sin egen inkompetanse. Gjennom å øke evnene til deltagerne ble de flinkere til å identifisere sine egne begrensninger.

#### **1.4. Kompetansedebatten i barnevernet**

*Ansatte i barnevernet er satt til å utføre krevende oppgaver på samfunnets vegne. De skal sikre at barn får nødvendig bistand og omsorg til rett tid. Det krever høy kompetanse og en sterk faglig integritet. Etter ekspertutvalgets vurdering er det behov for en styrking av studietilbudet på flere nivåer for å imøtekomme det kunnskapsbehovet og de sammensatte krav og utfordringer som barnevernet står overfor i dag (...) Med tanke på vedlikehold og oppdatering vil det også være formålstjenlig å utforme en hovedregel som klargjør at alle som arbeider i barnevernet hvert tredje eller fjerde år har tilbud om kurs med særlig relevans for deres yrkesfunksjon (NOU, 2009: 08, 2009, s. 89).*

Utdraget over er Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementets vurdering av behov i forhold til profesjonelles kompetanse. Barnevernpanelet (2011) tar også for seg kompetansen i barnevernet, og hevder at et komplekst fagfelt har behov for høyere og bredere grad av kompetanse enn det som er situasjonen i dag. De påpeker i denne sammenheng at ledere bør ha et overordnet ansvar for å sørge for at ansatte etter beste evne skal kunne møte lovens ord om

«barnets beste». De mener at dette ansvaret bør innebære en lovpålagt plikt til å sørge for kompetanseheving. «Det er behov for en gjennomgang og presisering av krav til kompetanse i en rekke stillinger innenfor hele barnevernets tiltakskjede» (Barnevernpanelet, 2011, s. 38). Panelet ønsker en revisjon av studieplanene for sosionomer og barnevernspedagoger, og flertallet i panelet anbefaler å gjøre utdanningsløpene 5-årige. De ønsker også flere mastergrader som kvalifiserer for barnevernsfaglig arbeid, samt en differensiert stillingsstruktur for denne type kompetanse. Barnevernpanelet er opptatt av at mange av dagens barn og ungdom i institusjoner har store psykiske helseproblemer, og at dagens situasjon i denne forbindelse preges av utfordringer knyttet til tverretattlig samarbeid. Panelet foreslår et forpliktende samarbeid mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien, samt at det opprettes felles behandlingstilbud (Barnevernpanelet, 2011).

### **1.5. Spenningsfeltet mellom psykiatri og barnevern**

Lichtwarck & Clifford (2010) mener at en av utfordringene barnevernet står overfor er manglende ekspertise på barne- og ungdomspsykiatri innad, og at barnevernet dermed er avhengige av andre instansers ekspertise, eksempelvis barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). De hevder videre at flere av barna som er under barnevernet ofte kommer fra familier med lav inntekt, svak posisjon i arbeidsmarkedet, og mangel på sosial kapital, og at det i disse familiene er en overhyppighet av diagnoser og tilstander som burde behandles. Flere av barna som er under tiltak fra barnevernet skulle fått hjelp fra psykisk helsevern (Lichtwarck & Clifford, 2010).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets arbeidsgruppe (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2010) anbefaler at det etableres institusjoner som har særlig kompetanse på ungdommer med psykiske vansker eller lidelser, og sammensatte sosiale og emosjonelle vansker som ikke innebærer en diagnose. Det blir påpekt av arbeidsgruppen at det etter lovens forstand ikke er barnevernets oppgave å behandle barn og ungdom med psykiske lidelser, da disse i utgangspunktet skal ha hjelp fra psykisk helsevern i egen hjemmesituasjon. Det er først når hjemmesituasjonen er av en slik karakter at vilkårene i barnevernloven oppfylles at disse

ungdommene kommer i kontakt med barnevernet. Slike plasseringer krever et samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien. Arbeidsgruppen påpeker viktigheten av at ansatte som arbeider ved institusjoner som tar imot denne type plasseringer har bred kompetanse på ulike psykiske problemer, og de bør være i stand til å gjenkjenne tegn på blant annet angst og depresjon. I tillegg bør ansatte ha kompetanse på bruk av kartleggingsverktøy som er aktuelle for denne gruppen. Arbeidsgruppen mener imidlertid at det ikke kan kreves at ansatte i institusjonene skal være «høyt kvalifiserte innen psykiatri» (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2010, s. 83). I tilfeller hvor ungdom har alvorlige psykiske vansker skal institusjonen fungere på en lignende måte som en familie. Arbeidsutvalget mener dette ikke er uproblematisk om barnevernet ikke har den nødvendige kompetansen (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2010). Flatø-utvalget har lagt ned forslag om å etablere institusjoner hvor barnevernet og psykiatrien samarbeider (NOU 2009: 22, 2009). Dette er noe også Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets arbeidsgruppe støtter seg til (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2010).

Lurie (2011) har undersøkt hvordan tilgangen til hjelp fra BUP er for barn og unge med psykiske helseproblemer som mottar hjelp fra barnevernet i Midt-Norge. Ansatte og ledere fra barneverntjenesten og BUP har ofte ulike oppfatninger om hvor god tilgangen til hjelp er for denne gruppen. Respondentene fra BUP var kritiske til kvaliteten på henvisningene fra barnevernet, og etterspurte ofte utfyllende informasjon. Respondentene fra barnevernet var kritiske til flere forhold ved tilgangen til hjelp fra BUP for sine klienter, blant annet lengden på ventetiden for vurdering og behandling samt ofte utsatt tilgang for barn med uavklart omsorgssituasjon. I tillegg var informantene fra barnevernet kritiske til at BUP utsatte å gi hjelp til barn under tiltak fra barnevernet som ikke var motiverte for behandling. Det var enighet om at det var dårlig tilgang til døgn tjenester fra BUP for denne gruppen. Det var imidlertid uenighet om hvorvidt barn og unge med psykiske problemer ble plassert i barnevernsinstitusjoner på bakgrunn av få plasser i BUP døgninstitusjoner, hvor det var barnevernsansatte som i størst grad hadde denne oppfatningen.

Høyvik (1996) gjorde i sin hovedfagsoppgave en intervjuundersøkelse av 12 barnevernsarbeidere i 6 kommuner i Møre og Romsdal. Hun fant at det var varierende evne til å identifisere psykiske problemer hos barn og unge. Barnevernsarbeiderne kunne gjenkjenne symptomer som vekket uro hos dem, men det ble ikke definert som psykiske problemer som kvalifiserte for henvisning til

BUP. Hun fant at det i hovedsak ofte var forholdene rundt barnet som var henvisningsårsak. Det var forskjellig praksis mellom kommunene i hvilken grad de henviste barn til BUP. De barna som ble henvist var barn med store atferdsproblemer og barn som hadde vært utsatt for påkjenninger. Hovedgrunnen for å henvise barn var for de fleste saksbehandlerne mangel på kompetanse, men Høyvik fant også at dette bildet ikke var entydig. Blant flere av de intervjuede var manglende kompetanse en årsak til at barn *ikke* ble henvist, fordi de ikke var i stand til å avdekke barnets problemer. I tillegg var det noen som følte at de selv måtte ha en viss kompetanse for å henvise, slik at barnevernsarbeidere med lav tiltro til egen kompetanse faktisk lot være å henvise.

Lichtwarck og Clifford (2010) hevder at det i kjølvannet av opptrappingsplanen for psykisk helseverns mål i tidsrommet 1998- 2008 om at minst 5 % av barn og unge mellom 0 og 17 år skulle få et hjelpetilbud, har ført til flere korte behandlingsforløp på grunn av økt press på BUP. De mener at fordelingen av unges tilgang til hjelp fra BUP er skjevfordelt i Norge og at tilbudet enkelte steder ikke svarer til behovene. Dermed blir både henvisninger, ventetider og begrensninger i selve hjelpen som tilbys fremtredende. Barnevernsarbeidere blir slik avhengig av ekstern kompetanse for å hjelpe barn og unge med hjelpebehov av psykiatrisk karakter (Lichtwarck & Clifford, 2010). Kristofersen (2007) vurderte i sin evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008 at det har skjedd en forbedring av tilgjengeligheten til BUP og samarbeidet mellom BUP og barnevern i perioden 2000-2005. Likevel er det et stykke igjen å gå før målene i opptrappingsplanen er nådd. Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet (2010) viser også til at et av målene i opptrappingsplanen for psykisk helse var å styrke det psykiske helsevernet for barn og ungdom. De mener at dette i stor grad har blitt etterlevd, blant annet i forhold til dekningsgrad, kompetanseheving blant ansatte i kommunene, samt vekst i antall årsverk innen psykisk helsearbeid for barn og unge utover det som var målsettingen (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2010). Det har altså foregått positive endringer de senere år med økt satsing på psykisk helsevern for barn og ungdom.

## 1.6. Psykisk helse hos barn og unge generelt

Det foreligger ingen tall som viser prevalensen for norsk ungdom med diagnostiserbare psykiske lidelser (Mathiesen, 2009). Mathiesen (2009) anslår, basert på syv norske studier, at mellom 15 og 20 % av norske barn og ungdommer har svekket fungering som følge av psykiske vansker. Dette samsvarer med Lichtwarck og Clifford (2010), som viser til at det i norske og internasjonale studier estimeres med at 20 % av barn og unge har psykiske vansker. Forfatterne anslår at 8 % av disse barna har behov for behandling fra spesialisthelsetjenesten, men at i 2005 fikk bare halvparten av disse hjelp.

«Ung i Oslo»-undersøkelsen fra 2012, som består av data fra ca. 10.000 elever fra 9. og 10. klasse i grunnskolen, og 1. klasse i videregående skole, viste en tendens til at flere av ungdommene opplevde psykiske plager sammenlignet med foregående år. Oslo-ungdommene opplevde seg også mer plaget enn ungdommer i resten av Norge (basert på tall fra 26 geografisk spredte sammenligningskommuner i Ungdata-prosjektet). Jenter oppga å ha flere belastninger og problemer enn guttene. Over halvparten av jentene i Oslo hadde vært «ganske mye» eller «veldig mye plaget» av bekymringer. I tillegg hadde omtrent en av tre følt «håpløshet med tanke på fremtiden» (Øia, 2012).

Heiervang et al. (2007) undersøkte 9155 skolebarn i 2-4 klasse i Bergen. De fant at 7 % var diagnostisk kvalifisert til en psykisk lidelse etter DSM-IV. Forskerne peker på at dette er lave tall sammenlignet med internasjonale studier, selv om noen studier har konkludert med tilsvarende tall. De fant at 75 % av barna med ADHD-diagnose hadde vært i kontakt med psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, mens bare 13 % av barna med emosjonelle vansker hadde hatt slik kontakt. Dette kan tyde på behov for et system som lettere fanger opp denne type problematikk. Emosjonelle vansker og atferdsproblemer viste dessuten en særlig sammenheng med familiære faktorer.

I en longitudinell studie fra New Zealand hvor 942 ungdommer ble fulgt fra fødsel til 15 år, fant forskerne ut at blant ungdommene som kom fra svært vanskeligstilte familier var det bare 13,2 % som *ikke* hadde symptomer på psykiske vansker eller atferdsproblemer. Av ungdommene som



kom fra familier med mer fordelaktige forhold, var til sammenligning hele 81,3 % symptomfrie (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1994).

## **1.7. Psykisk helse hos barn og unge i barnevernet**

Lichtwarck & Clifford (2010) anslår at 50-70 % av barna som blir plassert utenfor familien har så store psykiske vansker at de trenger behandling. Havnen, Jakobsen og Stormark (2009) fant at 70-75 % av barn i aldersgruppen 6-12 år som var plassert utenfor hjemmet hadde symptomer som tydet på mentale helseproblemer. Gutter hadde oftere slike problemer enn jenter. Forfatterne anbefaler å ta i bruk korte kartlegginger av alle barn som skal plasseres utenfor hjemmet for å avdekke hvem som har behov for videre hjelp eller behandling fra psykisk helsevern. Havnen, Breivik og Jakobsen (2012) fant i en tilsvarende norsk studie som i tillegg inkluderte ungdom, at 71 % av barna og ungdommene som var plassert i institusjoner eller fosterhjem hadde høye nivåer av psykiske vansker. Dette sammenfaller med Kjelsberg og Nygren (2004) sine funn, hvor det ble funnet at barn og ungdom plassert i institusjoner og profesjonelle fosterhjem i Oslo hadde høy forekomst av atferdsproblemer og emosjonelle problemer. 68 % av barna og ungdommene hadde en skår som ble betegnet som patologisk. Forskerne sammenlignet tallene med forekomsten i psykiatriske institusjoner, og fant at gutter plassert i institusjon og profesjonelle fosterhjem hadde tilnærmet likt problemomfang som gutter i psykiatriske institusjoner, mens jenter i institusjoner/profesjonelle fosterhjem hadde noe mindre grad av problematikk sammenlignet med jenter i psykiatriske institusjoner. Likevel hadde jentene et problemomfang som var langt over det som finnes i normalbefolkningen. I Canada fant Trupin et al. (1993, gjengitt etter Lichtwarck & Clifford, 2010) at 72 % av barna som var under tiltak fra barnevernet hadde like alvorlig problematikk som barn som fikk den mest omfattende behandling fra barnepsykiatrien. For tiden arbeider fire forskningsmiljøer ved NTNU Samfunnsforskning AS og NTNU med forskningsprosjektet ««Psykisk helse hos barn i barneverninstitusjoner», med planlagt sluttdato september 2014. Målet er å kartlegge omfanget av psykiske lidelser hos barn og ungdom plassert i barnevernsinstitusjoner, og i hvilken grad de har behov for hjelp av helsetjenester knyttet til psykisk helse, samt forhold ved institusjoner som kan virke inn på de unges psykiske helse nå og i fremtiden (NTNU Samfunnsforskning, 2011).

Havnen et al. (2012) viser til en bredde i internasjonal forskning hvor det har blitt konkludert med både forbedring, forverring eller ingen endring i psykisk helse hos barn og ungdom plassert i institusjon fra innskrivingstidspunkt til måling på et senere tidspunkt. I den nevnte studien fant de at mange av barna og ungdommene hadde en forbedring i psykisk helse, men det var store variasjoner i dette bildet. Det overordnede nivået av psykiske helseproblemer hos barn og unge i institusjoner og fosterhjem etter en tid var fortsatt høyt, og det blir derfor påpekt av forfatterne at det er behov for økt innsats på dette området fra barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien.

Ved utgangen av 2011 var 13200 barn og unge plassert utenfor familien. 7 av 10 plasseringer var i fosterhjem (SSB, 2012c). 1323 barn og unge var plassert i institusjon (SSB, 2012d), hvorav 190 av disse var i aldersgruppen 0-12 år, og 1133 var over 13 år. Fordelingen av kjønn i institusjonene var 57,3 % gutter og 42,7 % jenter (SSB, 2012b). Fra 2002 til 2005 økte antallet barn og unge som fikk hjelp fra BUP med 40 %. 4,6 % av BUP sine 40.000 klienter i 2005 var barn under tiltak fra barnevernet bosatt utenfor egen familie, enten frivillig eller som resultat av tvang (Kristofersen, 2007). Det har ikke lyktes å finne tall fra senere år som viser hvor mange av BUP sine klienter som var plassert utenfor hjemmet. For å danne et bilde legges likevel Kristofersens tall til grunn, selv om det antas at BUP har hatt en økning i kapasitet de senere år. I 2005 var altså 1840 av BUP sine klienter bosatt utenfor hjemmet. Basert på tall fra norsk forskning som tidligere referert til, legges det til grunn et anslag på at ca. 70 % av barna og ungdommene har psykiske vansker og helseproblemer, det vil si 9240 av de 13200 barna og ungdommene som var plassert utenfor hjemmet ved utgangen av 2011. Det er ikke nødvendigvis slik at det kan settes likhetstegn mellom det å få hjelp fra BUP, og at hjelpen er tilstrekkelig eller oppleves som god, men hvis det legges til grunn at 1840 av de 9240 barna og ungdommene fikk hjelp av BUP, betyr det at anslagsvis 7400, eller 80 % av barn og unge plassert utenfor familien, fortsatt hadde udekte behov for hjelp for psykiske vansker.

## **1.8. Bakgrunn for valg av tema**

Mathiesen (2009) påpeker betydningen av å sette inn tiltak for barn og unges psykiske helse før problemene blir kroniske. Evne til å fange opp når barn og unge sliter psykisk blir dermed viktig

etter min mening. Det bør derfor kunne forventes at barnevernsansatte skal ha god kompetanse innen psykiatri. Lurie (2011) fant at barnevernsansatte så manglende motivasjon hos sine klienter som en barriere til god hjelp fra BUP. Dette er også noe som sammenfaller med min erfaring fra arbeid i barnevernsinstitusjon. Derfor er det viktig at barn og unge kan få hjelp der de er.

Etter å ha arbeidet som miljøterapeut på ulike barnevernsinstitusjoner, både med barn og ungdom, og på akutt- og langtidsinstitusjoner, har jeg en bekymring knyttet til at det er manglende kompetanse i psykiatri innen barnevernfeltet. I samtaler med barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere har jeg fått kjennskap til at mange oppfatter egen kompetanse på området som mangelfull. Dette kan synes urovekkende, da det er av avgjørende betydning for barn, ungdom og familier at tjenestene som tilbys er til god hjelp. I lys av Banduras teori om selveffektivitet kan det tenkes at dersom profesjonelle opplever at de ikke mestrer det som kreves for å hjelpe barn og ungdom med psykiske belastninger, er det en sjanse for at de heller ikke mestrer dette. Barnevernloven tilsier at ved anvendelse av bestemmelsene i kapittel 4 i loven, som omhandler plassering i institusjon, «skal det legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til beste for barnet» (Barnevernloven, 1992, § 4-1). I lys av prinsippet om «barnets beste» mener jeg at ansatte bør ha den kompetansen som trengs for å kunne hjelpe.

## 1.9. Problemstilling

I lys av kompetansehevingsdebatten, barn og unges problemomfang og hjelpebehov som har blitt introdusert, samt egen arbeidserfaring fra barnevernsinstitusjoner, var bakgrunn for studien et ønske om å få innsikt i hvordan de profesjonelle i barnevernsinstitusjonene i Norge oppfatter sin egen psykiatriske kompetanse. Følgende problemstilling ble dermed valgt for studien:

*Hvordan oppfatter de profesjonelle i norske barnevernsinstitusjoner egen psykiatriske kompetanse?*

Følgende forskningsspørsmål ble forsøkt besvart i lys av problemstillingen:

1. *Hvordan oppfatter de profesjonelle sin kunnskap om diagnoser?*
2. *I hvilken grad kjenner de profesjonelle på negative følelser i arbeid med barn og ungdom med psykiske belastninger?*
3. *I hvilken grad har de profesjonelle et fokus på psykiatri i miljøterapien?*
4. *Hvilke sammenhenger er det mellom ulike demografiske variabler og hvordan de profesjonelle oppfatter egen psykiatrisk kompetanse?*
5. *Hvilke målsettinger har de profesjonelle i arbeidet med barn og ungdom med psykiske belastninger?*
6. *Hva opplever de profesjonelle selv at har bidratt til hvordan de har utviklet seg som miljøterapeuter i møte med barn og ungdom med psykiske belastninger?*
7. *I hvilken grad er psykiatri et tema på arbeidsplassen?*
8. *Hvordan er behovet for forbedring?*
9. *Hvilke tiltak kan settes inn for å øke de profesjonelles oppfatning av egen psykiatrisk kompetanse?*

Med begrepet *profesjonelle* menes i denne sammenheng barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere som studien tar utgangspunkt i, ettersom disse yrkesgruppene er de hyppigst representerte i barnevernsinstitusjonene, i følge tall fra SSB (2012a). Profesjonelle er «enkelpersoner som bruker tekniske eller spesialiserte kunnskaper og ferdigheter i tjeneste for offentlig velferd» (McGaghie, 1991, s. 3, egen oversettelse). Undersøkelsen ble avgrenset til hvordan de profesjonelle selv oppfattet egen psykiatrisk kompetanse. Den hadde ikke fokus på objektive størrelser. Dette med bakgrunn i en forutsetning om at det er forskjell på formell kompetanse og hvordan den enkelte oppfatter egen evne til å omsette formell kompetanse i praksis.

Som det fremgår av de ulike definisjonene beskrevet innledningsvis er kompetansebegrepet svært komplekst. Kompetanse er ikke nødvendigvis noe som kan observeres direkte fordi det handler om både kunnskap og de prosessene som foregår i personen som besitter kunnskapen. Av den

grunn kan det være utfordrende å måle kompetanse. I denne undersøkelsen ble det lagt til grunn en antagelse om at den enkelte gjennom opplevelser og erfaringer har innsikt i sine styrker og begrensninger når det kommer til kompetanse. Ettersom kompetanse er et komplekst begrep, og den profesjonelle kompetansen kan variere innen flere ulike domener (Herling, 2000), undersøkte denne studien kun ett aspekt av kompetanse som er relevant for barnevernsfaglig arbeid, nemlig psykiatrisk kompetanse. For å veie opp for kompleksiteten ble det stilt flere spørsmål som måler ulike aspekter ved kompetansebegrepet innenfor psykiatri knyttet til arbeid i barnevernsinstitusjoner. Ifølge Stoof et al. (2002) er dette en like «riktig» måte å se kompetanse på som andre måter. Hvordan de ulike aspektene ved kompetansebegrepet ble valgt ut for undersøkelsens formål, gjøres rede for i metodekapittelet.

I løpet av arbeidet med denne studien ble forståelsen av kompetansebegrepet som lå til grunn, endret fra «selvopplevd kompetanse i psykiatri», via «opplevelse av egen psykiatrisk kompetanse» til «oppfattelse av egen psykiatrisk kompetanse». Dette fordi «selvopplevd kompetanse» lingvistisk sett kan forstås som «kompetanse hos andre som jeg har opplevd selv». «Opplevelse av egen kompetanse» som ble brukt på et senere tidspunkt, viste seg heller ikke å være fullstendig dekkende, da det å oppleve kan forstås som et passivt sanseinntrykk. «Oppfattelse av egen kompetanse» ble til slutt valgt som det beste begrep fordi «fatte» innebærer en forståelse, som kan kobles til en aktiv bruk av kognisjon. Oppfattelse, eller perception på engelsk, tydeliggjør at det spørres om hvilket inntrykk de profesjonelle har av egen kompetanse. Dermed ligger det i dette begrepet en mer aktiv refleksjon over egen kompetanse. Implisitt i problemstillingen ligger en forutsetning om at de profesjonelle har kompetanse på området. Denne forutsetningen gjøres på basis av de nødvendige respektive høyskoleutdanningene for å kvalifisere til arbeid i de tre yrkesgruppene studien undersøker.

## 1.10. Forforståelse

I realiteten vil det aldri være mulig å være 100 % objektiv fordi det er mennesker som står bak all forskning. I denne studien var det egen bekymring for manglende psykiatrikompetanse, i tillegg til tanker av normativ art; at det burde være bedre psykiatrisk kompetanse i barnevernet, som

førte til ønsket om å undersøke dette nærmere. Imidlertid ble det tilstrebet å være åpen for feil i antagelsene som lå til grunn for studien. Max Weber (1864-1920) mente at en forsker skal holde seg borte fra normative vurderinger, og at kun deskriptive påstander og beskrivelser hører hjemme i vitenskapen. Imidlertid er det mer på sin plass å se på hans «verdifrihetstese» som et normativt ideal, hvor en forsker i så stor grad som mulig skal forholde seg objektivt til forskningen (Kaiser, 2000).

Selv om hermeneutikken i stor grad knyttes til kvalitativ forskning (Kaiser, 2000), legges det til grunn at mye av læren også vil være aktuell i kvantitativ forskning. Dette er fordi forskeren også i kvantitativ forskning gjennom hele forskningsprosessen står overfor valg hvor person og bakgrunn kan ha en innvirkning på de valg som gjøres. Innen kvantitativ forskning vil det også være rom for forskerens kreativitet, særlig i forhold til hvordan data blir tolket (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010). Det kan altså ikke utelukkes at egen forforståelse har blitt påvirket av egen utdanningsbakgrunn som sosionom, og egne erfaringer fra institusjonsarbeid som bringes med inn i forskningsprosessen.

En fagperson er en person som kan sitt *fag*, og som bruker sin *person* som verktøy i utøvelsen. Det ble antatt at kombinasjonen av disse to elementene er avgjørende for hvordan kompetansen til den enkelte oppfattes. Hele undersøkelsen ble bygget på en tanke om at den enkelte selv kjenner sin egen kompetanse best, noe som ikke nødvendigvis er en etablert sannhet.

## **2.0. METODE**

### **2.1. Litteratursøk**

De første forberedelsene til denne studien ble gjort våren 2011. Det ble gjort søk i BIBSYS, Idunn, Norart og regjeringen.no. Søkeord som ble brukt var: psykiatri, barnevern, institusjon, kompetanse og mestring. Det ble ikke funnet litteratur som omhandlet profesjonelles oppfatninger om egen psykiatrisk kompetanse i de norske barnevernsinstitusjonene. Derimot ble det funnet litteratur som handlet om at kompetanseheving er ønskelig. Etersom det ikke ble funnet noe konkret i de norske databasene, ble det også gjort søk i SveMed+ for å se om dette har vært et aktuelt forskningsområde i Sverige. Også her var funnene negative. Søket ble utvidet til de engelskspråklige databasene Academic Search Premier, ISI Web of Science og PsycINFO, men det var få eller ingen treff i disse. Søkeordene som ble brukt var: psychiatry, child welfare, institution, competence, coping, Norway. Detaljene ved litteratursøket våren 2011 ble ikke dokumentert systematisk.

Også høsten 2012 ble det foretatt litteratursøk med flere av de nevnte søkeord i forbindelse med forberedelse til masteroppgaven, i tillegg til søkeordene self-perceived competence, self-perceived skills, confidence in competence, self-assessed competence, self-assessed skills, child protection, competency, competency assessment og measure competence. Heller ikke dette litteratursøket ble dokumentert systematisk. Våren 2013 ble det på nytt foretatt søk med flere av søkeordene, for å se om ny forskning var tilkommet feltet. Detaljer fra dette litteratursøket er dokumentert i vedlegg 1.

### **2.2. Kvantitativ metode**

Kvantitativ metode ble benyttet for å undersøke hvilke oppfatninger profesjonelle har om egen psykiatrisk kompetanse. Fordelen med kvantitativ metode er at samme spørsmål kan stilles til et større antall personer, med den hensikt å kunne trekke slutninger som gjelder for utvalget eller populasjonen. Designet som ble brukt i denne studien var tverrsnittsundersøkelse. En

tvverrsnittundersøkelse kan gi et bilde av hvordan respondentene oppfatter egen psykiatrisk kompetanse på det tidspunktet undersøkelsen gjennomføres. Dette danner muligheten for å kunne si noe om sammenhenger mellom fenomener på dette tidspunktet (jf. Johannessen et al., 2010). Studien bar preg av å være eksplorativ – både med hensyn til metodikk, ved at det ble konstruert et nytt spørreskjema for studiens formål – og med hensyn til de resultater som fremkom, da dette var et område innenfor kompetansehevingsdebatten som tilsynelatende, etter grundige undersøkelser i forskningsarkiv, ikke tidligere hadde blitt undersøkt. Hypotesetesting var derfor ikke et formål med studien.

Studien bygget på et kritisk realistisk vitenskapssyn, som innebærer en kritisk holdning til at begreper eller konstrukter om virkeligheten kan representere denne identisk. Den kunnskapen som produseres gjennom forskning er delvis et resultat av de konstruksjoner forskere gjør i forhold til den objektive verden. Disse kan være mer eller mindre i samsvar med den objektive verden, fordi forholdet mellom dem kan være komplekst eller ufullstendig. Av denne grunn vil det være avgjørende å være kritisk til funn og slutninger som fremkommer gjennom forskning (Lund, 2005). Profesjonelles oppfatninger om egen kompetanse er subjektive fenomen som ikke lar seg observere direkte. Kritisk realisme innebar i denne sammenheng å identifisere og stille seg kritisk til fallgruvne som oppstod når konstrukter om virkeligheten ble brukt for å studere et fenomen som både er svært subjektivt, og samtidig lite undersøkt. Flere valg ble tatt for å representere virkeligheten best mulig, uten noen garanti for at det var i samsvar med den. Dermed var det nødvendig å ha en kritisk holdning til hele forskningsprosessen (Lund, 2005). Etersom studien var en tvverrsnittundersøkelse var det i kritisk øyemed ikke mulig å bestemme årsak- og virkningsforhold mellom variabler, - kun sammenhenger mellom variabler.

### **2.3. Rekruttering**

Nøyaktig hvor mange profesjonelle det var i målgruppen da studien ble foretatt, og hvor mange aktuelle institusjoner disse arbeidet ved vites ikke med sikkerhet, men ble estimert for studiens formål. Populasjonen det ble tatt utgangspunkt i var alle barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere som arbeidet i barnevernsinstitusjoner i Norge. Estimert populasjon var da 1905



profesjonelle (979 barnevernspedagoger, 505 sosionomer og 421 vernepleiere), basert på tall fra SSB (2012a). Disse arbeidet ved 243 institusjoner og institusjonsavdelinger, basert på Barne-, ungdoms- og familieetaten (udatert) sin liste over godkjente barnevernsinstitusjoner. Listen var på studiens tidspunkt ikke oppdatert.

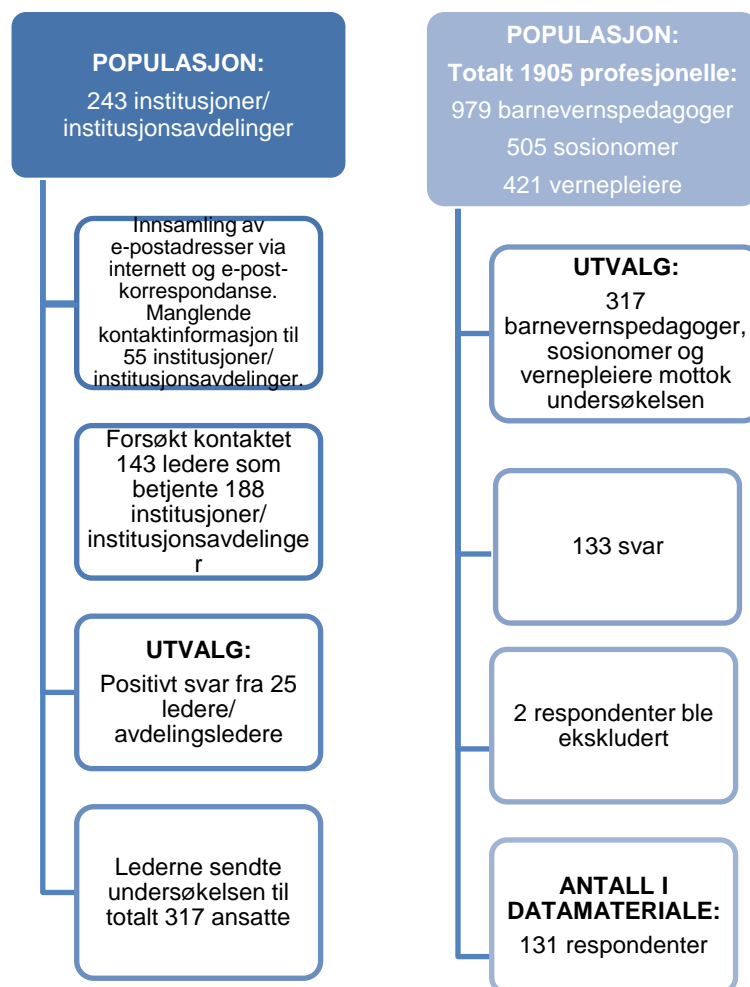
Rekrutteringsprosessen (vedlegg 2) startet etter at Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) hadde godkjent prosjektet (vedlegg 3). For å rekruttere respondenter ble det opprettet kontakt via e-post med ledere ved de ulike barnevernsinstitusjonene og avdelingene. E-posten inneholdt informasjon om undersøkelsen til leder med et vedlagt informasjonsskriv om undersøkelsen til ansatte, som de ble bedt om å videresende til sine ansatte i målgruppen for undersøkelsen (vedlegg 4). Dette informasjonsskrivet inneholdt en link til undersøkelsen i Questback (vedlegg 5).

Det var imidlertid ikke alle institusjonene som hadde tilgjengelige e-postadresser til sine ledere på internett. Mange institusjoner hadde en generell e-postadresse til institusjonen som da ble brukt. Av de private institusjonene var det ikke alle som hadde hjemmeside eller kontaktinformasjon tilgjengelig på internett. Det ble da forsøkt å opprette telefonkontakt, uten hell. Det er mulig at disse institusjonene ikke lenger eksisterte. Hos noen av de store aktørene var det ikke mulig å finne e-post adresser til deres enheter eller ledere. Det ble sendt e-post til regiondirektører, regionledere eller fagsjefer hvor det ble gitt kort informasjon om studien, og en forespørsel om å få tilsendt e-postadresser til ledere. Av ni henvendelser, distribuerte fem e-postadresser til sine aktuelle ledere.

Det ble sendt e-post til 143 ulike e-postadresser. Disse dekket 188 institusjoner eller avdelinger ved institusjoner (vedlegg 6). Tre ledere meldte fra om at det ikke var aktuelt å delta i undersøkelsen. To av disse henvendelsene handlet om at institusjonen var i ferd med å legges ned, eller at det for tiden foregikk en omstillingsprosess som forhindret de ansatte fra å delta.

Det ble sendt ut påminnelser til 125 ledere som ikke hadde hørt av seg (vedlegg 7). Det ble også sendt e-post til de lederne som hadde videresendt informasjonsskrivet (vedlegg 8). Dette inneholdt en påminnelse til de ansatte som hadde mottatt undersøkelsen, som leder ble bedt om å videresende. Svarfristen ble i denne sammenheng utvidet som et forsøk på å øke svarprosenten.

Av de 143 lederne det ble forsøkt å kontakte, var det 25 ledere og avdelingsledere som var villige til å la sine ansatte være med i undersøkelsen. Hver leder ga tilbakemelding om hvor mange ansatte de hadde videresendt informasjonsskrivet til. Det endelige utvalget i undersøkelsen var de ansatte som arbeidet ved institusjonene hvor lederne sa ja til å være med i undersøkelsen, og bestod av totalt 317 sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere. Da svarfristen for spørreundersøkelsen hadde utløpt, var det kommet inn 133 svar. To personer ble ekskludert på grunn av ikke-oppfylte utvalgskrav til utdanning og type arbeidssted. Dermed gjenstod det til slutt 131 profesjonelle som utgjorde det endelige datamaterialet. Figur 1 under gir et bilde av forholdet mellom populasjon, utvalg og endelig datamateriale.



Figur 1: Forholdet mellom populasjon, utvalg og endelig datamateriale

## 2.4. Konstruksjon av måleinstrument

Ettersom det ikke lyktes å finne eksisterende skjemaer for måling av psykiatrikompetanse for profesjonelle i barnevernsinstitusjoner, ble dette konstruert for undersøkelsens formål. Det var viktig at flere ulike aspekter ved vurdering av egen psykiatrisk kompetanse ble fanget opp av spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble derfor utviklet med et variert utvalg spørsmål som berører følgende kompetanseområder: formell kunnskap om de vanligste diagnosene blant barn og ungdom, hvor opptatt den enkelte er av å tilpasse miljøterapien til den enkelte beboers psykiske belastninger, i hvilken grad den enkelte støtter seg til diagnoser og klassifikasjoner, og hvilken grad den enkelte opplever negative følelser i arbeidet med barn og unge med psykiske belastninger. Slike følelser kan si noe om i hvilken grad den enkelte opplever mestring av arbeidet. Dette kan igjen tenkes å henge sammen med i hvilken grad den enkelte oppfatter seg selv som kompetent. I tillegg ble respondentene bedt om å gjøre vurderinger knyttet til psykiske belastninger blant klientene, selv om dette ikke nødvendigvis er et direkte mål på hvordan de profesjonelle oppfatter egen kompetanse. Det er tenkt at en bred forståelse av hvilke aspekter ved psykiatrisk kompetanse som er relevant i barnevernsinstitusjoner samsvarer med Stoof et al. (2002) sin forståelse av kompetansebegrepet.

I utformingen av spørreskjemaet ble det vektlagt at spørsmålene skulle kunne bidra til å besvare problemstillingen. Ord og uttrykk i spørreskjemaet ble vurdert og drøftet sammen med veileder. Det var fokus på at spørsmålene skulle være så presise som mulig. Det ble vektlagt at spørsmålene skulle være nøytralt formulert, slik at de ikke virket ledende eller fremkalte sosialt ønskelige svar.

Med hensyn til svaralternativer ble det tilstrebet at disse skulle være gjensidig utelukkende, og uttømmende. Det ble brukt skalaer med seks svaralternativer på flere spørsmål, hvor noen av tallene ble presisert med en mening. Johannessen et al. (2010) beskriver at en Likert-skala innebærer en gradering i svaralternativer, og bør ha 5-7 verdier. Det er ikke enighet blant forskere om hvorvidt skalaen bør inkludere en nøytral verdi (Johannessen et al., 2010). Årsaken til at en Likert-skala ble brukt i denne studien er at en fagperson ikke enten har «kompetanse» eller «ikke kompetanse», men at det snarere eksisterer forskjellige grader av kompetanse. Slike skalaer gir dermed mer spenn i svarene. Det ble antatt at de fleste har et gjennomtenkt syn på egen

kompetanse, eller er i stand til å mene noe om det når de blir bedt om å ta stilling til det. Derfor er ikke svaralternativet «vet ikke» tatt med som et mulig alternativ.

Orlinsky et al. (1999; 2005b) sitt spørreskjema Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCQQ) ble brukt som utgangspunkt for noen av spørsmålene. Helge Rønnestad ga via veileder for studien tillatelse til å bruke deler av DPCQQ. Norsk oversettelse av spørsmålene er hentet fra Fjeldstad (2007) sin masteroppgave, som også tok utgangspunkt i DPCQQ i en studie av sosionomer i BUP.

Det ble gjort en pretest av spørreskjemaet på medstudenter. Disse bidro til nyttige tilbakemeldinger med hensyn til hvordan det var å fylle ut spørreskjemaet og hvordan det var å forstå spørsmålene. Et spørsmål fra DPCQQ som omhandlet vurdering av symptomtrykk hos klientene opplevdes for komplisert og omfattende å svare på. På grunnlag av tilbakemeldingene i pretesten ble derfor dette spørsmålet fjernet.

Undersøkelsen ble laget og publisert i Questback, som er et internettbasert selskap som spesialiserer seg på online-spørreundersøkelser.

## **2.5. «OKIP» – Opplevd Kompetanse i Psykiatri**

Spørreskjemaet som ble utviklet for denne studiens formål har fått navnet «Opplevd kompetanse i psykiatri» («OKIP»). Spørreskjemaet inneholder 23 spørsmål, med totalt 60 komponenter, medregnet delspørsmål. Tabell 1 viser en oversikt over spørreskjemaets syv deler, med spørsmål og svaralternativer. Se for øvrig fullstendig spørreskjema i vedlegg 5. Spørreskjemaets deler utdypes i det følgende.

Tabell 1: Oversikt over spørreskjemaets oppbygning i syv deler med spørsmål og svaralternativer.

<b>I. DEMOGRAFI</b>							
(1 Samtykke)	Ja	Nei					
2 Kjønn	Kvinne	Mann					
3 Alder	<30	30-40	>40				
4 Grunnutdanning	Bv-ped	Sos	V.pl.				
5 Total ansiennitet, år	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	<25	
6 Ansiennitet barnevern, år	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	<25	
7 Ansiennitet psykiatri, år	Ingen	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	<25
8 Videreutd./master psykisk helsearbeid	Nei	Videreut.	Holder på med v.	Master	Holder på med m.		
9 Annen videreutd. /master	Åpent felt						
10 Stillingsprosent	0-25	26-50	51-75	76-99	100		
11 Landsdel	Nord/Midt	Vest/Sør	Øst				
12 Type institusjon	Akutt/ utredning omsorg/atferd	Langtid atferd	Langtid omsorg	Annet			
13 Aldersgruppe	Barn	Ungdom					
19 Ant. timer veiledning	0, 1, 2, 3, (...), 20, <20						
20. Kontakt med psykolog/psykiater, ant. timer.	1, 2, 3, (...), 15						
<b>II. KUNNSKAP</b>							
14. Vurdering av belastning	0-25 %	26-50 %	51-75 %	76-100 %			
15. Kunnskap om.... (9 diagnoser)	0	1	2	3	4	5	
<b>III. FOKUS PÅ PSYKIATRI</b>							
16. Miljøterapi på arbeidsplassen lagt opp etter belastninger	0	1	2	3	4	5	
17. Legger selv opp miljøterapi etter belastninger	0	1	2	3	4	5	
23. Støtter deg til diagnoser/klassifikasjoner	0	1	2	3	4	5	
<b>IV. PSYKIATRI PÅ ARBEIDSPLASSEN</b>							
18. Psykiatri som tema i ulike fora (4 spørsmål)	0	1	2	3	4	5	
<b>V. UTVIKLING SOM TERAPEUT</b>							
21. Pos/neg. innflytelse på utvikling (13 påstander)	-3	-2	-1	0	1	2	3
<b>VI. MÅLSETTINGER</b>							
22. De 4 viktigste målsettinger	Velge 4 av 13 påstander						
<b>VII. FØLELSER</b>							
24. Hvor ofte føler du at.. (10 påstander)	0	1	2	3	4	5	

## *I. Demografi*

Spørreskjemaets første spørsmål berører samtykke, og medregnes ikke i spørreskjemaets antall spørsmål og komponenter.

Spørsmål 2-13, samt 19 og 20 er spørreskjemaets demografi-spørsmål. Spørsmål om alder, ansiennitet (spm 4-6), stillingsprosent, landsdeler og type barnevernsinstitusjon har grove kategorier som svaralternativer. Dette ble valgt av hensyn til personvern. Spørsmålene i del I utgjør uavhengige variabler brukt i analysen.

## *II. Kunnskap om psykiatri*

Respondenten blir her bedt om å vurdere hvor mange av barna eller ungdommene vedkommende arbeider med som har psykiske belastninger. Dette spørsmålet er inspirert av Høyvik (1996) sin studie. I tillegg blir det spurt om den enkeltes kunnskap om ulike diagnoser. De vanligste psykiske lidelsene hos barn og unge ble brukt som bakgrunn for dette spørsmålet, dvs. angst, depresjon, atferdsforstyrrelser, ADHD, autismspekterforstyrrelser, spiseforstyrrelser og psykoser (Folkehelseinstituttet, 2010; Mathiesen, 2009). Det ble også lagt til to diagnoser, nemlig tilknytningsforstyrrelser og traumelidelser, basert på egen erfaring om at mange av barna og ungdommene som plasseres i barnevernsinstitusjon har denne type symptomtrykk.

Det ble laget en indikatorvariabel av de ni spørsmålene som dekker kunnskap om ulike diagnoser blant barn og unge. En indikatorvariabel er et mål som er sammensatt av gjennomsnittsskårene på flere variabler (Johannessen et al., 2010). Respondentene skåret sin kompetanse på en Likert-skala fra 0 til 5, hvor 0 = «ingen kompetanse» og 5 = «svært god kompetanse». Indikatorvariabelen ble laget fra gjennomsnittsskåren på de ni spørsmålene. Indikatorvariabelen hadde god intern reliabilitet, med en Cronbach's alpha på 0,81.

### *III. Fokus på psykiatri i miljøterapien*

Spørsmålene i denne delen har som formål å danne et bilde av hvor mye fokus psykiatri har i miljøterapien. Spørsmål 16 ber respondenten om å ta stilling til i hvilken grad miljøterapien på arbeidsplassen er lagt opp etter den enkelte beboers psykiske belastninger, mens spørsmål 17 spør om respondentens egen innsats med hensyn til samme tema. Spørsmål 16 og 17 i denne delen besvares på en Likert-skala fra 0-5, hvor 0 = «i ingen grad» og 5 = «i svært høy grad».

Spørsmål 23, som spør om i hvilken grad respondenten støtter seg til diagnoser og klassifikasjoner i nåværende terapeutisk arbeid er hentet fra Orlinsky et al. (1999; 2005b) sitt spørreskjema «Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire» (DPCQQ). Svaralternativene er identiske med de i DPCQQ, og går fra 0 til 5, hvor 0 = «i svært liten grad» og 5 = «i svært stor grad».

### *IV. Psykiatri på arbeidsplassen*

Spørsmål 18 avdekker i hvilken grad psykiatri er et tema på arbeidsplassen, og respondenten skal vurdere dette knyttet til fire situasjoner i arbeidssammenheng, fra 0 til 5, hvor 0 = «i ingen grad» og 5 = «i svært høy grad». Når svar på de fire delspørsmålene ble slått sammen til en indikatorvariabel hadde denne en akseptabel intern reliabilitet, med en Cronbach's alpha på 0,73.

### *V. Utvikling som terapeut*

Spørsmål 21 omhandler hva som har bidratt positivt eller negativt til den enkeltes utvikling som terapeut. Dette spørsmålet baserer seg på Orlinsky et al. (1999; 2005b) sitt spørreskjema DPCQQ, som er et spørsmål hvor de profesjonelle må ta et blick på hele sitt karriereløp og reflektere over hvor mye de har endret seg som terapeuter og hva som har medvirket til dette. Dette spørsmålet har blitt omformulert til å omhandle spesifikt barn/unge med psykiske belastninger. Bortsett fra dette er ordlyden den samme. Svarene på dette spørsmålet avgis, i likhet med DPCQQ, på en Likert-skala fra -3 til +3, der -3 står for «svært negativ innflytelse», 0 står for

«ingen innflytelse» og 3 står for «svært positiv innflytelse». Spørsmålet ber respondenten ta stilling til 13 delspørsmål. Når svarene på disse ble slått sammen i en indikatorvariabel, viste analysen av reliabilitet en Cronbach's alpha på 0,78.

## *VI. Målsettinger*

Spørsmål 22 ber respondenten om å velge ut fire av 13 målsettinger i arbeidet med barn og unge med psykiske belastninger, som de anser som de viktigste. På samme måte som spørsmålet som berører utvikling som terapeut, er også dette spørsmålet basert på DPCQQ (Orlinsky et al., 1999; 2005b) og omformulert på tilsvarende måte til å handle spesifikt om arbeid med barn og unge med psykiske belastninger.

## *VII. Følelser*

Siste spørsmål i spørreskjemaet, spørsmål 24, inneholder ti påstander som er negativt ladet. Disse påstandene omhandler vanskelige følelser terapeuter kan oppleve i sitt arbeid. Respondenten skal svare på hvor ofte bestemte følelser oppstår. Også dette spørsmålet er basert på DPCQQ (Orlinsky et al., 1999; 2005b) og omformulert slik at det omhandler barn og unge med psykiske belastninger. Svaralternativene er identiske med DPCQQ, og favner fra 0, som står for «aldri», til 5, som står for «svært ofte». Orlinsky et al. har i sitt spørreskjema inkludert enda flere påstander som omhandler negative følelser, men en rekke av disse ble fjernet da de ikke ble ansett som like relevante i miljøterapeutisk arbeid innen barnevern. De 10 spørsmålene som måler grad av negative følelser i arbeidet med barn og unge med psykiske belastninger ble slått sammen i en indikatorvariabel. Denne hadde en Cronbach's alpha på 0,85.



## 2.6. Statistisk analyse

Statistikk-programmet IBM SPSS versjon 20 ble brukt til all databehandling og analyse i denne studien. Questback har en funksjon som gjør at alle svar kan omgjøres til en SPSS-fil. Fordelen med dette er at menneskelige feil under koding unngås. Lærebøkene til Johannessen (2009) og Pallant (2010) ble fulgt i forbindelse med gjennomføringen av statistiske analyser.

Cronbach's alpha koeffisient ble valgt som reliabilitetstest for de ulike indeksvariablene beskrevet i foregående kapittel. Cronbach's alpha på 0,7 regnes som akseptable, mens verdier på 0,8 eller høyere er å foretrekke (Pallant, 2010).

T-test ble brukt for å teste om forskjellene mellom to grupper var statistisk signifikante, mens enveis Anova ble brukt hvor det var ønskelig å sammenligne tre eller flere grupper. Disse testene ble valgt til tross for usikkerhet hva gjelder tilfeldig utvalg og eventuell normalfordeling i populasjonen, og til tross for noe ulikhet i noen av gruppestørrelsene.

Vedrørende enveis Anova ble hver enkelt test vurdert i forhold til likhet i varians mellom gruppene ved å kontrollere om signifikansnivået på Levine's test var over 0,05. Tukey og Dunnett's C-test ble brukt som post-hoc tester for henholdsvis antatt lik varians og antatt ikke lik varians (jf. Pallant, 2010). Resultatene av variansanalysene må derfor tolkes med en forutsetning om at kravene til parametriske tilnærminger ble møtt.

Ved statistisk signifikante resultater fra analysene med enveis Anova ble effektstørrelse beregnet manuelt med *eta squared*, etter Levine & Hullett (2002) sine anbefalinger. Formelen som ble brukt var:  $\eta^2 = \frac{SS_{between}}{SS_{total}}$  (Levine & Hullett, 2002; Pallant, 2010). Effektstørrelse av de statistisk signifikante resultater som fremgikk av t-testene, ble beregnet med formelen:  $\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + (N_1 + N_2 - 2)}$  (Pallant, 2010). De beregnede tallene ble deretter vurdert ut fra Cohen's (1988, s. 22, gjengitt etter Pallant, 2010) retningslinjer, som antyder at en effektstørrelse på 1 % forklart varians regnes som liten, 6 % forklart varians anses som middels og 13,8 % forklart varians blir sett på som stor.

Korrelasjonsanalyse ble brukt for å sammenligne hvordan enheter fordelte seg på kombinasjonen av to kontinuerlige variabler. Scatter/Dot-grafer ble brukt for å identifisere eventuelle

ekstremverdier. Spearmans rangkorrelasjon ( $\rho$ ) ble brukt som mål på korrelasjonens styrke, i korrelasjonsanalyser hvor avhengig variabel var en Likert-skala og dermed på ordinal-nivå (jf. Pallant, 2010). Når det gjelder korrelasjonenes styrke, legges Cohen (1988, s 79-81, gjengitt etter Pallant, 2010) til grunn, som anser  $\rho$  på 0,1-0,29 som en svak sammenheng, 0,30-0,49 som en middels sammenheng og 0,5-1 som en sterk sammenheng. Omregning til delt varians ble gjort med formelen:  $r^2 * 100$  (jf. Pallant, 2010).

Krysstabell ble brukt for å se hvordan enheter fordelte seg på kombinasjonen av to kategoriske variabler, og Chi Square-test (Pearsons Chi Square) med hensyn til om eventuelle forskjeller var statistisk signifikante.

Det ble operert med et signifikansnivå på 0,05 som er vanlig innen samfunnsfag (jf. Johannessen, 2009). Bonferroni-korreksjon ble benyttet for å justere signifikansnivå i etterkant av enkelte analyser. Dette gjaldt tester utført med de fire avhengige variablene i tabellene 3 til 7. Dette for å minske risikoen for å gjøre type 1-feil, ved at noen resultater fremstår som statistisk signifikante mens de i realiteten er et uttrykk for statistiske tilfeldigheter (jf. Pallant, 2010). Med Bonferroni-korreksjon på disse analysene ble det da operert med et alternativt signifikansnivå på  $p < 0,0125$  ( $0,05/4$ ).

Standard multiplere regresjonsanalyse ble benyttet for å vurdere hvilke variabler som hadde størst sammenheng med hvordan egen kompetanse ble oppfattet. Tallet under *part* i koeffisient-tabellen ble brukt for å regne ut de enkelte variablenes bidrag til modellens totale varians, med formelen  $part^2$  (Pallant, 2010).

Standardfeilen til gjennomsnittet ble beregnet med formelen  $SE = \frac{SD}{\sqrt{N}}$ , og konfidensintervall i populasjonen med formelen  $M \pm 1,96 SE$  (jf. Johannessen et al., 2010).

## 2.7. Forskningsetiske betraktninger

Kravene i kapittel 4 i helseforskningsloven (2008) som berører samtykke ble oppfylt ved å gi deltagerne informasjon om studiens formål, frivillighet, konfidensialitet og trekkmuligheter (jf. vedlegg 4 & 5). Den enkelte måtte på første spørsmål i spørreskjemaet gi sitt samtykke til å delta

for å kunne gå videre i spørreundersøkelsen. Informert samtykke innebærer at samtykket skal være «informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart» (Helseforskningsloven, 2008, § 13). Samtykke ble altså gitt ved å svare på selve undersøkelsen. De som svarte gjorde det fordi de faktisk ønsket å bruke tiden sin på å delta. Det er ingen grunn til å tro at respondentene manglet samtykkekompetanse. Forhåpentligvis følte ingen seg presset til å delta, ettersom det uttrykkelig ble beskrevet i informasjonsskrivet at det ikke var mulig å få kjennskap til hvem som hadde svart og ikke. Alle stod slik fritt til å velge å ikke svare, uten å måtte gi noen forklaring på det.

Taushetsplikten er beskrevet i helseforskningslovens § 7. I denne studien var det ikke er mulig å vite hvem som hadde svart. Respondentene hadde både anonymitet og konfidensialitet. Undersøkelsen foregikk som nevnt i Questback, og her var det kun IP-adresser som eventuelt kunne ha avslørt respondentene. Imidlertid er det sannsynlig at de fleste besvarte spørreskjemaet på arbeidsplassen, noe som begrenser mulighetene ytterligere for identifikasjon, ettersom IP-adressene bare ville ha avslørt arbeidssted i denne sammenheng. I alle tilfeller er Questback ansett som et trygt og anerkjent system, og i følge informasjon på hjemmesidene deres bruker de store ressurser på å opprettholde en høy grad av sikkerhet (Questback, udatert).

I spørreskjemaet ble det i tillegg lagt opp til gruppe-diskresjon. For å forhindre gjenkjennelse ble det brukt store kategorier. Dette fordi det muligens finnes noen små undergrupper i utvalget som kan være lett gjenkjennelige. De statistiske analysene og presentasjoner av resultatene bidro ytterligere til at det er vanskelig, om ikke tilnærmet umulig, å skille ut enkeltpersoner. For å være på den helt sikre siden ble likevel små grupper i utvalget utelatt fra presentasjonen av resultatene.

Det kan synes etisk betenkelig å be om respondentenes tid til å fylle ut et spørreskjema som ikke er validert, da konsekvensen kan være at resultatene som oppnås ikke er nyttige. Likevel er det slik at alle spørreskjemaer en gang har vært brukt en første gang. Det ble brukt mye tid på konstruksjonen, både individuelt og i samråd med veileder for å tilstrebe at spørreskjemaet skulle bli så valid og reliabelt som mulig.

## 3.0. RESULTATER

### 3.1. Svarprosent

Tall fra SSB (2012a) og Barne-, ungdoms- og familieetaten (udatert) ble lagt til grunn. Den estimerte totalpopulasjonen var da på 1905 personer fra 243 institusjoner eller institusjonsavdelinger. Med dette som utgangspunkt var svarprosenten på 6,88. På den andre siden, med utgangspunkt i de 317 profesjonelle fra 25 ulike barnevernsinstitusjoner som fikk anledning til å svare på undersøkelsen, var svarprosenten på 41,3.

### 3.2. Deltagere

Flertallet av de spurte var kvinner. De tre yrkesgruppene var tilsvarende prosentfordelt som populasjonen. Flertallet av respondentene var over 30 år. Det var stor variasjon i hvor lang ansiennitet de ulike respondentene hadde. Innen barnevernet hadde nesten halvparten av respondentene kort ansiennitet (0-5 år). Over halvparten oppga at de ikke hadde noen arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid. Blant respondentene som hadde erfaring fra psykisk helsearbeid, hadde et stort flertall kort erfaring. Totalt 47 (35,9 %) av respondentene hadde eller holdt på med videreutdanninger eller mastergrader av ulikt slag. Det var stor variasjon i hvilke typer utdanninger de hadde (se vedlegg 9), i tillegg til, eller utenom psykisk helsearbeid. Flertallet av de spurte arbeidet i heltidsstilling. Halvparten arbeidet i Øst-Norge. De fleste arbeidet med ungdom. Respondentene hadde i gjennomsnitt 3,3 timer veiledning per måned. Nesten to tredjedeler av respondentene hadde faglig kontakt med psykolog eller psykiater i sitt arbeid. Av disse hadde flertallet mindre enn 4 timer slik kontakt i løpet av en måned. Tabell 2 viser deskriptive demografiske data om deltagerne i studien.

Tabell 2: Oversikt over utvalgets fordeling på demografiske variabler.

Variabel	Antall svar	Fordeling av svar i N= og % av totalutvalg (N=131)					
Kjønn	N=130	N=87/ 66,4 % «kvinne»	N=43/ 32,8 % «mann»				
Alder	N=131	N=34/ 26,0 % «<30 år»	N=48/ 36,6 % «30-40 år»	N=49/ 37,4 % «>40 år»			
Grunnutdanning	N=130	N=66/ 50,4 % «byped»	N=38/ 29,0 % «sos»	N=26/ 19,8 % «vpl»			
Total ansiennitet, antall år	N=131	N=41/ 31,3 % «0-5»	N=38/ 29,0 % «6-10»	N=27/ 20,6 % «11-15»	N=16/ 12,2 % «16-20»	N=3/ 2,3 % «21-25»	N=6/ 4,6 % «>25»
Ansiennitet barnevern, antall år	N=129	N=59/ 45,0 % «0-5»	N=34/ 26,0 % «6-10»	N=22/ 16,8 % «11-15»	N=11/ 8,4 % «16-20»	N=3/ 2,3 % «>25»	
Ansiennitet psykiatri, antall år	N=116	N=67/ 51,1 % «ingen»	N=41/ 31,3 % «0-5»	N=6/ 4,6 % «6-10»	N=1/ 0,8 % «16-20»	N=1/ 0,8 % «21-25»	
Videreutd./master psyk.helse	N=128	N=116/ 88,5 % «nei»	N=8/ 6,1 % «vid.utd»	N=2/ 1,5 % «under vid.utd»	N=2/ 1,5 % «under masterutd»		
Annen videreutd./master	N=43	N=43/ 32,8 % «annen vid.ut/ master»					
Stillingsprosent	N=129	N=3/ 2,3 % «0-25»	N=1/ 0,8 % «26-50»	N=6/ 4,6 % «51-75»	N=7/ 5,3 % «76-99»	N=112/ 85,5 % «100»	
Landsdel	N=131	N=36/ 27,5 % «Nord/Midt»	N=27/ 20,6 % «Vest/Sør»	N=68/ 51,9 % «Øst»			
Type institusjon	N=130	N=24/ 18,3 % «akutt/ utredning»	N=28/ 21,4 % «langtid atferd»	N=54/ 41,2 % «langtid omsorg»	N=24/ 18,3 % «annet/ flere»		
Aldersgruppe	N=129	N=7/ 5,3 % «barn»	N=122/ 93,1 % «ungdom»				
Antall timer veiledning pr mnd	N=128	N=29/ 22,1 % «0»	N=34/ 25,9 % «1 el. 2»	N=34/ 25,9 % «3 el. 4»	N=17/ 13,0 % «5 el. 6»	N=7/ 5,3 % «7-10»	N=7/ 5,3 % «12-18»
Hvis aktuelt, antall timer kontakt med psykolog/ psykiater pr mnd	N=85	N=32/ 24,4 % «1»	N=22/ 16,8 % «2»	N=16/ 12,2 % «3 el. 4»	N=6/ 4,6 % «5 el. 6»	N=7/ 5,4 % «10-15»	N=2/ 1,5 % «>15»

### 3.3. Oppfattet kompetanse – et oversiktsbilde av utvalget

Der kunnskap om ni ulike psykiske lidelser hos barn og unge ble vurdert av den enkelte respondent, var gjennomsnittlig skår på diagnosekunnskap samlet sett på 2,84 (svarmuligheter 0-5). Over halvparten av respondentene vurderte at mellom 76-100 % av barna eller ungdommene de arbeidet med hadde psykiske belastninger. En fjerdedel mente at mellom 51-75 % av barna eller ungdommene hadde slike belastninger. Respondentene skåret i gjennomsnitt 1,60 (svarmuligheter 0-5) på negative følelser i møte med barn og ungdom med psykiske belastninger. På spørsmål om i hvilken grad respondentene støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner i sitt arbeid, var gjennomsnittsskåren 2,54 (svarmuligheter 0-5). Gjennomsnittsskåren på den enkeltes bidrag til at miljøterapien ble lagt opp etter den enkeltes psykiske belastninger var 3,65 (svarmuligheter 0-5), mens den på spørsmålet om hvordan den enkelte opplevde at miljøterapien var lagt opp på sin arbeidsplass var 3,24 (svarmuligheter 0-5).

### 3.4. Sammenligning av ulike gruppers oppfattede kompetanse

I dette kapitlet presenteres resultater som handler om hvordan respondentene oppfattet egen kompetanse målt med flere ulike variabler. En av disse variablene er indikatorvariabelen diagnosekunnskap. I tillegg presenteres resultater knyttet til hvordan de respondentene opplevde å mestre negative følelser i arbeidet med barn og unge med psykiske belastninger, hvordan de støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet, samt hvordan de opplevde å legge opp miljøterapien etter den enkeltes psykiske belastninger. Respondentenes vurderinger av psykiske belastninger hos barna og ungdommene de arbeidet med vil også nevnes. Analysene som ble gjort undersøkte forskjeller mellom ulike grupper kjennetegnet av ulike verdier på de demografiske variablene i del I av spørreskjemaet. Etersom så mange som 85,5 % av respondentene arbeidet i full stilling, ble sammenligningsgrunnlaget vurdert som for snevert til å se på likheter og forskjeller mellom grupper delt etter stillingsprosent, også dersom alle med mindre enn 100 % stilling ble plassert i en gruppe. Det samme gjaldt hvilken aldersgruppe

respondentene arbeidet med, da det kun var 7 av respondentene som arbeidet med barn. Disse to variablene er derfor utelatt fra presentasjonen.

Tabell 3 og 4 i det følgende gir et oversiktsbilde av de ulike gruppernes gjennomsnittsskårer på fire avhengige variabler. Statistisk signifikante forskjeller fremkommet i t-test (tabell 3) og enveis Anova (tabell 4) er uthevet og markert med en eller flere stjerner. Resultatene som deretter presenteres er i hovedsak resultater med statistisk signifikans. Noen resultater uten statistisk signifikans presenteres også, dersom de nettopp av denne grunn anses som interessante.

**Tabell 3: Sammenligning av grupper med t-test.**

	Diagnose- kunnskap	Negative følelser i arbeidet	Støtter seg til diagnoser/ klassifikasjoner	Legger opp miljøterapien etter psyk. bel.
<b>Kjønn:</b>				
Kvinner	2,86 (N=87/SD=,69)	1,64 (N=87/SD=,79)	2,49 (N=73/SD=1,03)	3,74 (N=86/SD=,91)
Menn	2,82 (N=43/SD=,81)	1,58 (N=42/SD=,64)	2,67 (N=36/SD=1,24)	3,47 (N=43/SD=,70)
<b>Utdanningsnivå:</b>				
Grunnutdanning	<b>2,72*</b> (N=84/SD=,75)	1,64 (N=83/SD,74)	2,58 (N=72/SD=1,12)	3,58 (N=83/SD=,81)
Videreutd./master	<b>3,05*</b> (N=47/SD=,64)	1,58 (N=47/SD=,73)	2,45 (N=38/SD=1,08)	3,77 (N=47/SD=,91)
<b>Erfaring fra psyk, helsearbeid:</b>				
Ja	<b>3,12***</b> (N=49/SD=,58)	1,56 (N=49/SD=,68)	<b>2,84*</b> (N=37/SD=1,04)	3,76 (N=49/SD=,88)
Nei	<b>2,58***</b> (N=67/SD=,74)	1,70 (N=66/SD=,77)	<b>2,31*</b> (N=61/SD=1,15)	3,53 (N=66/SD=,85)

Avhengige variabler vertikalt, uavhengige variabler horisontalt. Gjennomsnittsskårer fra 0-5. Antall svar og standardavvik i parentes.

\*\*\*. Signifikant på 0,001-nivå.

\*. Signifikant på 0,05-nivå.

Tabell 4: Sammenligning av grupper med enveis Anova.

	Diagnose- kunnskap	Negative følelser i arbeidet	Støtter seg til diagnoser/ klassifikasjoner	Legger opp miljøterapien etter psyk. bel.
<b>Alder:</b>				
<30 år	2,66 (N=34/SD=,69)	1,81 N=34/SD=,91	2,58 (N=31/SD=1,23)	3,48 (N=33/SD=,91)
30-40 år	2,86 (N=48/SD=,66)	1,60 (N=48/SD=,58)	2,49 (N=41/SD=,95)	3,65 (N=48/SD=,81)
>40 år	2,94 (N=49/SD=,81)	1,50 (N=48/SD=,73)	2,55 (N=38/SD=1,18)	3,76 (N=49/SD=,85)
<b>Utdanning:</b>				
Barnevernspedagog	2,81 (N=66/SD=,72)	1,67 (N=65/SD=,77)	<b>2,37*</b> (N=54/SD=1,19)	3,73 (N=66/SD=,83)
Sosionom	2,78 (N=38/SD=,68)	1,70 (N=38/SD=,70)	2,51 (N=35/SD=1,09)	3,55 (N=38/SD=,76)
Vernepleier	3,10 (N=26/SD=,60)	1,42 (N=26/SD=,67)	<b>3,10*</b> (N=20/SD=,64)	3,64 (N=25/SD=,99)
<b>Total arbeidserfaring:</b>				
0-5 år	2,60 (N=41/SD=,67)	1,73 (N=41/SD=,85)	2,39 (N=38/SD=,97)	3,50 (N=40/SD=,91)
6-10 år	2,99 (N=38/SD=,59)	1,61 (N=38/SD=,70)	2,44 (N=32/SD=1,22)	3,82 (N=38/SD=,83)
11-15 år	2,96 (N=27/SD=,74)	1,51 (N=27/SD=,59)	2,73 (N=22/SD=1,24)	3,59 (N=27/SD=,69)
16-20 år	2,74 N=16/SD=1,10	1,66 (N=16/SD=,85)	2,79 (N=14/SD=,97)	3,69 (N=16/SD=,87)
>21 år	3,11 (N=9/SD=,47)	1,41 (N=8/SD=,51)	2,75 (N=4/SD=1,26)	3,67 (N=9/SD=1,12)
<b>Arbeidserfaring barnevern:</b>				
0-5 år	2,80 (N=59/SD=,73)	1,70 (N=59/SD=,80)	2,60 (N=53/SD=1,17)	3,50 (N=58/SD=,96)
6-10 år	2,98 (N=34/SD=,59)	1,68 (N=34/SD=,73)	2,32 (N=28/SD=1,19)	3,94 (N=34/SD=,74)
11-15 år	2,75 (N=22/SD=,79)	1,47 (N=22/SD=,59)	2,76 (N=17/SD=,75)	3,55 (N=22/SD=,74)
16-20 år	2,81 (N=11/SD=,99)	1,30 (N=11/SD=,74)	2,30 N=10/SD=1,06	3,55 (N=11/SD=,82)
<b>Landsdel:</b>				
Midt- og Nord-Norge	2,97 (N=36/SD=,69)	1,44 (N=36/SD=,70)	2,70 (N=30/SD=1,02)	<b>3,89*</b> (N=36/SD=,78)
Vest- og Sør-Norge	3,05 (N=27/SD=,56)	1,54 (N=27/SD=,77)	2,71 (N=24/SD=1,16)	3,81 (N=26/SD=,63)
Øst-Norge	2,69 (N=68/SD=,78)	1,75 (N=67/SD=,73)	2,38 (N=56/SD=1,12)	<b>3,46*</b> (N=68/SD=,92)
<b>Type institusjon:</b>				
Akutt/utredning	2,88 (N=24/SD=,82)	1,40 (N=24/SD=,75)	2,60 (N=20/SD=1,14)	3,63 (N=24/SD=,88)
Langtid atferd	2,98 (N=28/SD=,53)	1,66 (N=28/SD=,81)	2,59 (N=27/SD=1,22)	3,46 (N=28/SD=,69)
Langtid omsorg	2,77 (N=54/SD=,70)	1,70 (N=54/SD=,72)	2,51 (N=43/SD=1,10)	3,70 (N=54/SD=,90)
Annet/flere	2,84 (N=24/SD=,89)	1,57 (N=23/SD=,65)	2,42 (N=19/SD=1,02)	3,75 (N=24/SD=,90)

Avhengige variabler vertikalt, uavhengige variabler horisontalt. Gjennomsnittsskårer fra 0-5. Antall svar og standardavvik i parentes.

\*. Signifikant på 0,05-nivå.



### 3.4.1. Statistisk signifikante funn

Det var statistisk signifikante forskjeller mellom de tre yrkesgruppene ( $p=0,038$ ) med hensyn til i hvilken grad de støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet. Levene's test ga  $p=0,003$ , noe som betyr at antagelsen om lik varians ble brutt. Bruk av Tukey som post-hoc test viste at det var en signifikant forskjell mellom vernepleierne og barnevernspedagogene ( $p=0,030$ ). Effektstørrelse beregnet med *eta squared* var 6 % forklart varians, en effekt av medium størrelse etter Cohens retningslinjer. Det bemerkes at på grunn av ulike gruppestørrelser kan ikke type 1 feil utelates.

Respondentene med fullført eller påbegynt videreutdanning eller mastergrad mente at de hadde bedre kunnskap om diagnoser enn respondentene som hadde grunnutdanning. Forskjellen mellom de to gruppene var på dette området statistisk signifikant ( $p=0,014$ ). Effektstørrelsen beregnet med *eta squared* var 5 % forklart varians.

Det var en statistisk signifikant forskjell ( $p=0,000$ ) mellom respondenter med erfaring fra psykisk helsearbeid og respondenter uten denne typen erfaring når det gjaldt diagnosekunnskap, med en sterk effektstørrelse (14 % forklart varians) etter Cohens retningslinjer. Respondentene med erfaring fra psykisk helsearbeid støttet seg også i større grad til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet sitt, en forskjell som også var statistisk signifikant ( $p=0,025$ ). Effektstørrelsen var her 5 % forklart varians.

Analyser med enveis Anova viste at det var statistisk signifikante forskjeller mellom de ulike landsdelene på variablene diagnosekunnskap ( $p=0,041$ ) og i hvilken grad miljøterapien ble lagt opp etter den enkeltes psykiske belastninger ( $p=0,026$ ). Analysen av diagnosekunnskap møtte kravet om lik varians mellom gruppene på Levine's test. Post-hoc testen Tukey viste at det ikke var spesifikke grupper som skilte seg ut med statistisk signifikans fra de andre gruppene. Forskjellen mellom Vest- og Sør-Norge som gruppe, i forhold til Øst-Norge var nesten signifikant ( $p = 0,068$ ). I analysen av i hvilken grad respondentene la opp miljøterapien etter den enkeltes psykiske belastninger, ble antagelsen om lik varians brutt. Tukey og Dunnett C post-hoc indikerte en signifikant forskjell mellom Midt- og Nord-Norge som gruppe, og Øst-Norge

(Tukey:  $p=0,035$ , Dunnett C:  $p<0,05$ ). Effektstørrelse beregnet med *eta squared* viste en middels effektstørrelse (6 % forklart varians).

### 3.4.2. Andre funn

Respondentene i gruppen med 0-5 års ansiennitet etter grunnutdanning var den gruppen som syntes de hadde minst kunnskap om de ulike diagnosene, mens de med over 21 års erfaring vurderte sin kunnskap høyest i samme kategori. Forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant, men en p-verdi på 0,082 antyder at resultatet likevel kan være av betydning.

Det var kun små forskjeller med hensyn til hvordan kvinner og menn fordelte seg på de fire avhengige variablene.

Det ser ut til å være en tendens mot at med stigende alder vurderte respondentene at de hadde en høyere diagnosekunnskap, samt at respondentene med høyere alder opplevde at de i større grad la opp miljøterapien etter den enkelte beboers psykiske belastninger. I tillegg sank grad av negative følelser med økende alder.

Ingen av de demografiske variablene ga utslag i form av statistisk signifikante forskjeller på variabelen hvor respondentene vurderte prosentandel av psykiske belastninger hos barna og ungdommene de arbeidet med, ved Chi-Square test.

## 3.5. Arbeidsforholdenes betydning for oppfattet kompetanse

På spørsmål om i hvilken grad psykisk helse var et tema i ulike fora (svarmuligheter 0-5), var veiledning det som hadde høyest gjennomsnittsskår (gj.snitt=3,42, SD=1,27). Deretter fulgte overlapping og rapportering til kolleger (gj.snitt=3,33, SD=1,21), uformelle sammenhenger med kolleger (gj.snitt=3,21, SD=1,10) og til slutt kurs og seminar (gj.snitt=2,54, SD=1,27). Disse variablene ble slått sammen til en indikatorvariabel og undersøkt for korrelasjoner med fire avhengige variabler (tabell 5).

Tabell 5: Spearman's rho korrelasjoner mellom psykiatri som tema på arbeidsplassen og fire avhengige variabler.

		Negative følelser	Legger opp miljøterapien etter den enkeltes psykiske belastninger	Støtter seg til diagnoser og klassifikasjoner	Diagnosekunnskap
Psykiatri som tema på arbeidsplassen	Spearman's rho	-,114	,503**	,256**	,395**
	Sig. (2-tailed)	,199	,000	,007	,000
	N	129	130	109	130

\*\* . Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivå (2-tailed).

Tabellen viser en svak positiv korrelasjon mellom i hvilken grad psykiatri var et tema på arbeidsplassen og i hvilken grad respondentene støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner ( $\rho=0,256$ ,  $p=0,007$ ), og en middels korrelasjon med diagnosekunnskap ( $\rho=0,395$ ,  $p=0,000$ ). I tillegg var det en sterk korrelasjon med hvordan respondentene opplevde at de la opp miljøterapien etter den enkelte beboers psykiske belastninger ( $\rho=0,503$ ,  $p=0,000$ ). Ved utregning av delt varians med formelen  $r^2 * 100$  (jf. Pallant, 2010), kunne psykiatri som tema på arbeidsplassen forklare 6,6 % av delt varians i forhold til hvordan respondentene oppfattet at de støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet. Diagnosekunnskap kunne forklare 15,6 % av delt varians, og i hvilken grad de respondentene opplevde å legge opp miljøterapien etter den enkeltes psykiske belastninger utgjorde 25,3 % av delt varians.

Antall timer faglig kontakt med psykolog eller psykiater (tabell 6) korrelerte svakt positivt med diagnosekunnskap ( $\rho=0,189$ ,  $p=0,031$ ), og svakt negativt med grad av negative følelser ( $\rho= -0,252$ ,  $p=0,004$ ). Utregning av delt varians viste at antall timer veiledning bare kunne forklare 6,4 % av delt varians knyttet til fravær av negative følelser respondentene opplevde i arbeidet, og 3,5 % av delt varians knyttet til diagnosekunnskap.

Tabell 6: Spearman's rho korrelasjoner mellom antall timer faglig kontakt med psykolog/psykiater pr. mnd. og fire avhengige variabler.

		Negative følelser	Legger opp miljøterapien etter den enkeltes psykiske belastninger	Støtter seg til diagnoser og klassifikasjoner	Diagnosekunnskap
Ant. timer faglig kontakt med psykolog/psykiater pr. mnd.	Spearman's rho	-,252**	,107	,046	,189*
	Sig. (2-tailed)	,004	,224	,634	,031
	N	131	130	110	131

\*\* . Korrelasjonen er signifikant på 0,01-nivå (2-tailed).

\* . Korrelasjonen er signifikant på 0,05-nivå (2-tailed).

Det var også en svak korrelasjon mellom antall timer veiledning (tabell 7) og i hvilken grad respondentene la opp miljøterapien etter den enkeltes psykiske belastninger ( $\rho=0,202$ ,  $p=0,022$ ), og i hvilken grad de støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner ( $\rho=0,203$ ,  $p=0,036$ ). Variablene forklarte hver for seg ca. 4,1 % av delt varians.

Tabell 7: Spearman's rho korrelasjoner mellom antall timer veiledning pr. mnd. og fire avhengige variabler.

		Negative følelser	Legger opp miljøterapien etter den enkeltes psykiske belastninger	Støtter seg til diagnoser og klassifikasjoner	Diagnosekunnskap
Ant. timer veiledning pr. mnd.	Spearman's rho	-,103	,202*	,203*	,113
	Sig. (2-tailed)	,248	,022	,036	,204
	N	127	128	107	128

\* . Korrelasjonen er signifikant på 0,05-nivå (2-tailed).

### 3.6. Målsettinger i arbeidet

Det var både likheter og forskjeller mellom de tre yrkesgruppene med hensyn til hvilke målsettinger som ble ansett som de fire viktigste (tabell 8). Samtlige yrkesgrupper delte oppfatningen om hva som var de to viktigste målene, mens vernepleierne og barnevernspedagogene var enige i de tre viktigste målene. Vernepleierne var alene om å anse «å klargjøre og arbeide for å oppnå sine egne mål» som ett av de fire viktigste målene, og sosionomene var alene om å tillegge «å vurdere seg selv på en realistisk måte» så stor betydning.

Tabell 8: De tre yrkesgruppenes fire viktigste målsettinger i arbeidet.

Viktige målsettinger	Bv. ped.	Sos.	Vpl.
Å forstå sine følelser, motiver og/eller atferd	76 %	68 %	73 %
Å få en sterk selvaktelse og identitetsfølelse	62 %	63 %	50 %
Å få mot til å gå inn i nye situasjoner, eller situasjoner som tidligere ble unngått	42 %		50 %
Å forbedre kvaliteten på sine relasjoner til andre	42 %	47 %	
Å klargjøre og arbeide for å oppnå sine egne mål			46 %
Å vurdere seg selv på en realistisk måte		47 %	

Tallene indikerer prosentandel av den aktuelle yrkesgruppen som rangerte den aktuelle målsettingen blant de fire viktigste.

### 3.7. Utvikling som terapeut

Noen faktorer utmerket seg som mer betydningsfulle enn andre når det gjaldt hvor stor innflytelse ulike faktorer hadde på respondentenes profesjonelle utvikling som terapeut i møte med barn og unge med psykiske belastninger. Som det fremgår av tabell 9 under var den viktigste faktoren «å motta formell veiledning eller konsultasjon». Deretter fulgte «uformelle kasusdiskusjoner med kolleger», «erfaringer fra terapi med klienter», «å lese relevante bøker eller artikler» og «å delta på kurs/seminarer».

Tabell 9: Innflytelse på utvikling som terapeut.

Innflytelse på utvikling som terapeut	N	Gj.snitt	Std.
Å motta formell veiledning eller konsultasjon	127	1,79	0,97
Uformelle kasusdiskusjoner med kolleger	129	1,64	0,98
Erfaringer fra terapi med klienter	128	1,50	1,16
Å lese relevante bøker eller artikler	127	1,49	1,00
Å delta på kurs/seminarer	129	1,47	0,99
Erfaringer fra ditt personlige liv utenom terapi	127	1,32	1,03
Å samarbeide med co-terapeuter	124	1,15	1,13
Arbeidsbetingelsene på din arbeidsplass	127	0,98	1,23
Å gi formell veiledning eller konsultasjon til andre	121	0,98	0,94
Å motta egenbehandling	124	0,77	1,09
Å observere andre terapeuter på workshops, filmer eller bånd	122	0,71	1,06
Å forske selv	120	0,46	1,20
Å undervise på kurs eller seminarer	121	0,25	1,04

Antall svar, gjennomsnittsskårer fra -3 til +3, og standardavvik.

### 3.8. Hva har sterkest sammenheng med grad av oppfattet kompetanse?

Analysearbeidet tydeliggjorde noen variabler som med statistisk signifikans var assosiert med hverandre (tabell 10). Med en strengere p-verdi etter Bonferroni-korreksjon på  $<0,0125$ , var det imidlertid flere av resultatene som mistet statistisk signifikans. De sterkeste resultatene som beholdt sin status som statistisk signifikante var at respondenter med erfaring fra psykisk helsearbeid oppfattet egen kompetanse knyttet til kunnskap om ulike diagnoser som høyere ( $p=0,000$ ), at psykiatri som tema var korrelert med i hvilken grad respondentene støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner ( $p=0,007$ ), hvilken grad de la opp miljøterapien ( $p=0,000$ ) og hvilken grad av diagnosekunnskap de hadde ( $p=0,000$ ), samt at kontakt med psykolog eller psykiater var negativt korrelert med grad av negative følelser respondentene opplevde i arbeidet ( $p=0,004$ ).

Tabell 10: Variabler med en statistisk signifikant assosiasjon.

	Diagnose- kunnskap	Støtter seg til diagnoser/ klassifikasjoner	Legger opp miljøterapien etter psykiske belastninger	Negative følelser
Grunnutdanning (vernepleiere)		,030*		
Videreutdanning/mastergrad	,014**			
Erfaring fra psykisk helsearbeid	,000***	,025*		
Psykatri som tema på arbeidsplassen	,000*** (rho ,395)	,007** (rho ,256)	,000*** (rho ,503)	
Kontakt med psykolog/psykiater	,031* (rho ,189)			,004** (rho -,252)
Landsdel (Nord/Midt)			,05*	
Veiledning		,036* (rho ,203)	,022* (rho ,202)	

Uthevede variabler indikerer oppfylte krav til signifikans etter Bonferroni-korreksjon.

\*\*\*. Signifikant på 0,001-nivå.

\*\* . Signifikant på 0,01-nivå.

\* . Signifikant på 0,05-nivå.

Det var særlig to uavhengige variabler som så ut til å vise sterk statistisk sammenheng med hvordan respondentene oppfattet egen diagnosekunnskap: erfaring fra psykisk helsearbeid, og psykiatri som tema på arbeidsplassen. I tillegg oppfylte videreutdanning/mastergrad nesten kravene til det strenge signifikansnivået etter Bonferroni-korrigerings. For å avgjøre hvilke av disse tre variablene som i sterkest grad hang sammen med grad av oppfattet diagnosekunnskap ble det benyttet standard multipl regressjonsanalyse. Total varians forklart av modellen var 25,3 % ( $p=0,000$ ) (tabell 11). Samtlige uavhengige variabler hadde en signifikant forklaringsverdi i forhold til grad av oppfattet diagnosekunnskap (tabell 12). Arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid representerte det sterkeste bidraget ( $\beta=0,317$ ,  $p=0,000$ ), deretter psykiatri som tema på arbeidsplassen ( $\beta=0,276$ ,  $p=0,001$ ) og til slutt påbegynt eller fullført videreutdanning eller mastergrad ( $\beta=0,191$ ,  $p=0,022$ ). Ved utregning av *part*<sup>2</sup> (jf. Pallant, 2010) fremgikk det at variablene forklarte henholdsvis 9,9 %, 7,5 % og 3,6 % av total varians.

Tabell 11: Modellsammendrag for standard regresjon.

Modell	R	R Square	Justert R Square	Standardfeil av estimatet
1	,503	,253	,233	,63728

Predikatorer: Psykiatri som tema på arbeidsplassen, påbegynt eller fullført videreutdanning/mastergrad, arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid ja/nei. Avhengig variabel: gjennomsnittlig diagnosekunnskap.

Tabell 12: Koeffisienter for standard regresjon.

Modell	Ustandardisert koeffisient	Standardisert koeffisient	Sig.	Korrelasjoner
	B	Beta		Part
1 (Konstant)	1,846		,000***	
Påbegynt eller fullført videreutdanning eller mastergrad	,293	,191	,022*	,190
Arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid	,464	,317	,000***	,314
Psykiatri som tema på arbeidsplassen	,216	,276	,001**	,274

\*\*\*. Signifikant på 0,001-nivå.

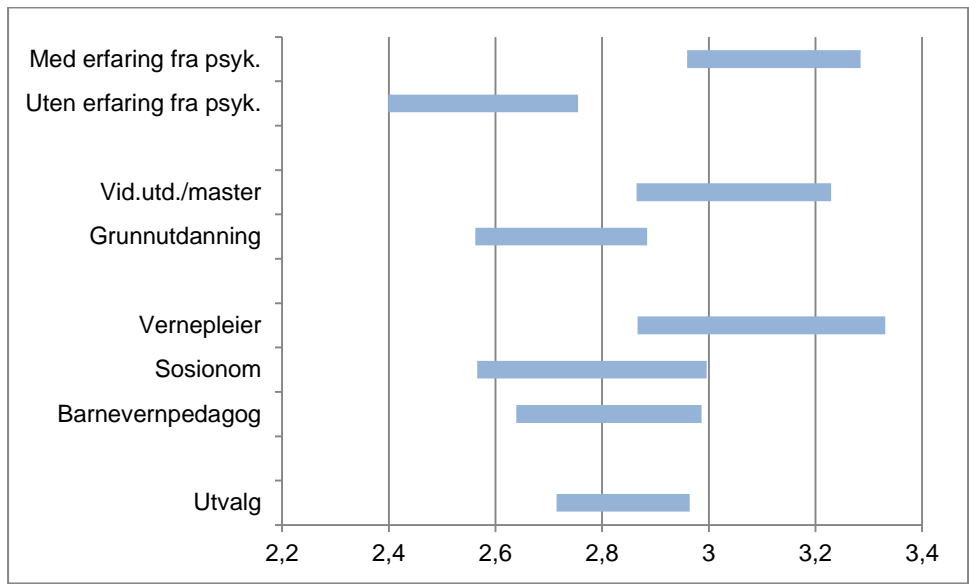
\*\* . Signifikant på 0,01-nivå.

\*. Signifikant på 0,05-nivå.

### 3.9. Oppfattet kompetanse i utvalg og populasjon

Med forbehold om at utvalget i denne studien var representativt for populasjonen, er det 95 % sannsynlighet for at gjennomsnittet i populasjonen befinner seg et sted mellom  $\pm 1,96$  standardfeil fra gjennomsnittet i utvalget (Johannessen et al., 2010). I forhold til diagnosekunnskap, vil dermed konfidensintervallene i populasjonen ligge i det markerte området skissert i figur 2. Også her er det tydelig at erfaring fra psykisk helsearbeid spiller en større rolle enn videreutdanning/mastergrad i forhold til oppfattet kompetanse. Dette kan ses ved at det ikke er overlapp mellom konfidensintervallene til de med erfaring fra psykisk helsearbeid og de uten. Dermed er det svært sannsynlig at populasjonsgjennomsnittet ikke kan være det samme for disse to gruppene. Når det gjelder gruppene som har videreutdanning/master eller kun grunnutdanning er det minimalt med overlapp. I teorien er det mulig at populasjonsgjennomsnittet ligger på samme sted, selv om sannsynligheten for dette er lavere enn den er når det gjelder populasjonsgjennomsnittene til de tre yrkesgruppene barnevernspedagog, sosionom og vernepleier.





Figur 2: Konfidensintervaller i populasjonen.

## 4.0. DISKUSJON

### 4.1. Hovedfunn

#### 4.1.1. Erfaring fra psykisk helsearbeid

Det var signifikante forskjeller mellom gruppen som hadde erfaring fra psykisk helsearbeid og sammenligningsgruppen, både når det gjaldt diagnosekunnskap og i hvilken grad de støttet seg til klassifikasjoner og diagnoser. Det er nærliggende å tenke at når profesjonelle har arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid vil de også føle at de har mer kompetanse på samme område, når de møter barn og unge med psykiske belastninger. Tallene tyder på at det ikke nødvendigvis er slik at det er avgjørende med veldig lang erfaring for å oppleve økt kompetanse på området. Analysen ble gjort med det utgangspunkt at alle respondentene som hadde erfaring fra psykisk helsearbeid, uansett lengde, ble plassert i én gruppe, da nærmere 85 % av respondentene med slik erfaring hadde mellom 0 og 5 år.

Erfaring fra psykisk helsearbeid viste seg i respondentenes orientering innad i barnevernet, når det gjaldt i hvilken grad de støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet. Det kan være flere grunner til dette. Blant annet kan det tenkes at det medisinsk-psykiatriske paradigmet står sterkere i psykisk helsearbeid, og at erfaring herfra slik kan påvirke videre arbeid på andre arenaer. At erfaring fra psykisk helsearbeid hadde en signifikant forklaringsverdi når det gjaldt diagnosekunnskap, i større grad enn høyere utdanning, kan tyde på at denne type erfaring har mer å si for grad av oppfattet kompetanse i psykiatri enn det å ta en videreutdanning eller mastergrad.

Respondenter med erfaring fra psykisk helsearbeid kjente også på færre negative følelser i arbeidet med barn og unge, noe som kan tyde på at slik erfaring gjør dem bedre rustet til å møte denne type problematikk i barnevernet. Dette er i tråd med Orlinsky og Rønnestad (2005a) sine funn, hvor bredde og dybde i klinisk erfaring var en sterkere predikator for terapeutisk utvikling enn lengde erfaring. Det er mulig dette i noen grad kan relateres til at profesjonelle med erfaring fra psykisk helsearbeid opplever seg bedre rustet i arbeidet med barn og unge med psykiske belastninger. Mestring av egne følelser i møte med målgruppen kan være én mulig forklaring på dette.

#### 4.1.2. Psykiatri som tema på arbeidsplassen

Psykiatri som tema på arbeidsplassen utmerket seg som en sterk uavhengig variabel, og det ble funnet en sammenheng med både diagnosekunnskap, hvordan respondentene la opp miljøterapien etter den enkelte beboers psykiske belastninger, samt i hvilken grad de støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner. En forklaring på at denne variabelen utmerket seg slik den gjorde i denne studien kan være at den på samme tid er assosiert med de avhengige variablene den blir målt opp mot, dvs. at den muligens måler samme fenomen. Det kan spekuleres i hvorvidt institusjoner som har et stort fokus på psykiatri som fagfelt, også vil ha ansatte som oppfatter at de har høyere grad av kompetanse enn institusjoner uten et slikt fokus. Hva som er mulig årsak og virkning i denne sammenheng vil det ikke være mulig si noe om i en tverrsnittsundersøkelse. Det er mulig at profesjonelle med en oppfattelse av at de har god kompetanse i psykiatri tilfører et fokus på psykiatri til arbeidskulturen hvor de jobber. Kausaliteten kan også være omvendt, eller kan være forårsaket av en tredjevariabel. Det er uansett slik at et arbeidssted består av mennesker, og det er derfor ikke usannsynlig at de profesjonelles tanker om egen kompetanse i psykiatri står i et dynamisk forhold til psykiatri som tema på arbeidsplassen.

Det at veiledning viste svake korrelasjoner med hvordan respondentene la opp miljøterapien etter den enkeltes psykiske belastninger, samt i hvilken grad respondentene støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet, kan være nok et tegn som faller inn under samme mulige forklaring som hvorfor psykiatri som tema på arbeidsplassen fikk så store utslag i de statistiske analysene. Det er ikke usannsynlig at veiledningens sammenheng med de to nevnte avhengige variablene, samtidig har en sammenheng med både i hvilken grad psykiatri er et tema på arbeidsplassen og hvordan de ansatte oppfatter egen psykiatrisk kompetanse.

#### 4.1.3. Videreutdanning/mastergrad

Ved sammenligning av gruppen med grunnutdanning og gruppen med påbegynt eller fullført videreutdanning eller mastergrad var det kun sammenhengen med diagnosekunnskap som var statistisk signifikant. Dette er interessant i seg selv, da det i utgangspunktet ville være ventelig at

mer utdanning ville føre til høyere skår på flere variabler enn denne ene. Det er dermed en forskjell i funn mellom denne studien og Porter (1975) sin studie, hvor høyere utdanning ga positivt utslag på oppfattet kompetanse på flere områder.

En forklaring på dette kan være at i denne studien ble alle typer videreutdanninger og mastergrader av statistiske hensyn plassert i én gruppe, som ble sammenlignet med dem som kun hadde grunntdanning. Dette fordi det var særdeles få i utvalget som hadde videreutdanning eller mastergrad i psykisk helsearbeid som spesifikt fagområde. Det er mulig at dersom utvalget hadde vært større, kunne spesifikke utdanninger ha vist seg å ha statistisk signifikant betydning. Kun mer forskning på dette området kan avdekke om videreutdanninger eller mastergrader, særlig i psykisk helsearbeid, fører til høyere nivå av oppfattet psykiatrisk kompetanse i barnevernsfaglig arbeid.

#### **4.1.4. Vernepleiere**

Vernepleierne som gruppe var statistisk signifikant forskjellig fra barnevernspedagogene ved at de i større grad støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet. I tillegg oppfattet de sin diagnosekunnskap høyere samt at de opplevde færre negative følelser i arbeidet, to funn som ikke var statistisk signifikante, men som likevel kan indikere en trend.

Én mulig forklaring på hva som skiller vernepleierne fra barnevernspedagogene og sosionomene kan finnes i de ulike studieplanene. Vernepleiere har 20 studiepoeng i medisinske og naturvitenskapelige emner og 15 studiepoeng i pleie og omsorg (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005c), mens det eneste som utmerker seg som helsefaglige emner ved sosionomutdanningen til sammenligning er sosialmedisin som utgjør 6 studiepoeng (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005b). Ved barnevernspedagogutdanningen er det pediatri og sosialmedisin som samlet utgjør 6 studiepoeng (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a). Ved høgskolen i Oslo og Akershus hører vernepleierutdanningen til institutt for helsefag, mens barnevern og sosialt arbeid hører til institutt for samfunnsfag (HiOA, udatert). Vernepleieryrket skiller seg også juridisk fra de to andre ved at de er definert som helsepersonell i § 48 i

helsepersonelloven (1999). I rammeplanen for barnevernspedagogutdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005a) er denne definert som en sosialarbeiderutdanning. I følge «The International Federation of Social Workers» (IFSW) (2012) har sosialt arbeid et holistisk syn på mennesker og deres omgivelser, som innebærer å se individet ut fra deres komplekse forhold til deres sosiale systemer. Sosialt arbeid som fagfelt har vokst ut av teorier om menneskelig utvikling- og atferd, og sosiale systemer. Arbeidet foregår i skjæringspunktet mellom individ og omgivelser med mål om å oppnå sosial inkludering.

Da det kan påstås at vernepleierutdanningen er mer helsefaglig orientert enn de to andre sosialfaglige utdanningene, kan dette tenkes å ha innvirkning på perspektivene de ulike yrkesgruppene har på mennesker og psykisk sykdom. Det kan spekuleres i om vernepleiere har et mer naturvitenskapelig og medisinsk syn på mennesker enn barnevernspedagoger og sosionomer, sett i lys av elementer fra de ulike utdanningsforløpene og hva som kjennetegner henholdsvis sosialfag og helsefag. Da kategorier, klassifikasjoner og diagnoser i større grad forbindes med det naturvitenskapelige og medisinske perspektivet, er det mulig dette kan være en forklaring på at vernepleierne har en oppfatning av at de har bedre kompetanse om diagnoser, og i større grad støtter seg til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet.

Da respondentene ble bedt om å velge de fire målsettinger som ble ansett som de viktigste i arbeidet med barn og unge med psykiske belastninger, var det flere likheter enn ulikheter mellom vernepleierne og de to sosialarbeiderprofesjonene. Faktisk var vernepleierne og barnevernspedagogene enige i hva som var de tre viktigste målene. Dette kan tyde på at vernepleierne i tillegg til å være påvirket av helsefag, også i sterk grad er sosialfaglig orientert. Dersom det er slik at vernepleierne har én fot i det medisinsk-psykiatriske paradigmet, og én i det sosialkonstruktivistiske, kan det tenkes at denne yrkesgruppen i tverrfaglig arbeid kan bidra til en enda bredere forståelse av barn og ungdom med psykiske belastninger. Vernepleierne kan slik med sin helsefaglige bakgrunn ses som en ressurs i barnevernsfaglig institusjonsarbeid.

## 4.2. Andre funn

### 4.2.1. Utvikling som terapeut

Respondentene i denne studien opplevde det å motta veiledning som det som hadde hatt størst innflytelse på deres profesjonelle utvikling i møte med barn og unge med psykiske belastninger. Erfaringer fra terapi med klienter ble rangert som den 3. viktigste innflytelsen. Disse resultatene er forskjellige fra Orlinsky og Rønnestad (2005a), som fant at erfaring med pasienter ble ansett som den viktigste faktoren. Dernest kom det å motta formell veiledning og videre å motta egenerapi. På fjerde plass kom opplevelser i eget liv, som faktisk ble ansett som viktigere for profesjonell utvikling enn det å delta på kurs og seminarer, eller det å lese bøker og artikler. Også Lorenzen, Rønnestad og Orlinsky (2011) fant tilsvarende at norske og tyske psykologer og psykiatere mente at erfaring med pasienter hadde hatt mest å si. Blant de norske psykologene og psykiaterne var den nest viktigste påvirkningen å få veiledning, og deretter å motta egenerapi. Disse to faktorene hadde omvendt rekkefølge hos de tyske psykologene og psykiaterne. Jo eldre terapeutene var, desto mer betydning tilla de det å arbeide med pasienter som en viktig faktor for utvikling. Eldre terapeuter anså egenerapi som en viktigere faktor enn de yngre og nyutdannede, som tilla veiledning større verdi enn egenerapi.

Blant kandidatene ved Institutt for Psykoterapi ved videregående seminar på utdanningen psykoanalytisk psykoterapi for leger og psykologer ble egenbehandling vurdert som faktoren med størst innflytelse på læringsutbyttet. Kandidater på videregående seminarer hadde også større utbytte av arbeid med teori enn erfaringer med pasienter. Nederst på listen med 18 variabler over hva som hadde betydning for læringsutbytte hos kandidatene på innføringsseminaret kom veiledning (Nerdrum, 2012).

Egenerapi kom til sammenligning på 10. plass i denne studien, noe som er svært ulikt de nevnte studier. I tillegg kom «uformelle kausdiskusjoner med kolleger» på 2. plass, som kom mye lengre ned på listen i CRN-studiene. En annen forskjell er at i denne studien ble både det å lese relevante bøker eller artikler, og å delta på kurs eller seminarer vurdert til å ha større innflytelse enn opplevelser i eget liv.

Forskjeller mellom funn i denne studien og i CRN-studiene samt Nerdrum (2012) kan forklares med forskjeller i profesjon. Det sentrale i CRN-studiene og denne, er imidlertid at veiledning og erfaring oppleves å være av stor betydning for profesjonell utvikling.

#### **4.2.2. Funn uten utslag**

Kjønn ga i denne studien ikke utslag på nivå av oppfattet kompetanse. Kjønnene fremstod som tilnærmet like i sine svar i de fleste analysene. Orlinky og Rønnestad (2005b) fant at kvinner i alle aldre i mindre grad enn menn opplevde stress forbundet med praksis. Unge menn opplevde stress i størst grad. Disse kjønnsforskjellene var imidlertid små.

Heller ikke alder hadde en sammenheng med oppfatning av kompetanse i denne studien. Dette til forskjell fra Porter (1975), Merentoja, Leino-Kilpi og Kaira (2004) og O’Leary (2012), som alle fant i sine studier at alder var korrelert med oppfatning av kompetanse. Orlinky og Rønnestad (2005b) fant at med terapeutenes stigende alder, opplevdes praksis oftere effektiv, og sjeldnere stressende og uengasjerende.

En antagelse som ble gjort i forkant av studien var at lengden på yrkeskarrieren ville vise seg å henge sammen med oppfatning av eget kompetansenivå. Dette ble ikke bekreftet i denne studiens resultater. Tallene tyder imidlertid på en tendens som går i retning av at yrkeskarrierens lengde kan være av betydning.

En forklaring på at alder og erfaring ikke ga statistisk signifikant utslag, kan være at disse variablene i denne studien var kategoriske, med få kategorier. Alder hadde kun tre grove verdier, mens erfaring hadde seks verdier. Det er vanskelig å oppnå signifikante resultater med så få og grove kategorier, men dette ble som nevnt i kapittel 2.7 valgt av etiske hensyn.

#### **4.3. Hvordan er behovet for forbedring?**

Det at over halvparten av respondentene vurderte at 76-100 % av barna eller ungdommene de arbeidet med hadde psykiske belastninger, kan indikere at de evnet å identifisere slik

problematikk, eller at de i det minste var klar over omfanget av psykiske belastninger hos barn og ungdom som er plassert i barnevernsinstitusjon. Det kan imidlertid ikke trekkes slutninger i retning av at de hadde god kompetanse eller høy oppfatning av eget kompetansenivå av den grunn. En gjennomsnittlig diagnosekunnskap på 2,84 tyder på at respondentene oppfattet eget kompetansenivå som litt over middels på en skala fra 0 til 5. Studien avdekket også at de støttet seg i middels grad til diagnoser og klassifikasjoner i arbeidet.

Om kompetansen blant de profesjonelle oppfattes som middels, kan det stilles spørsmålstegn ved kvaliteten på hjelpen som tilbys. Er det snakk om en yrkesgruppe med middels nivå av mestringstro? Som Bandura (1977) fremhever, vil mestringstroen være avgjørende for hvor stor innsats som ytes, samt hvor lenge denne varer når den profesjonelle møter motstand. Når det er slik at barnevernsansatte tilskrives å ha for dårlig kompetanse til å ivareta hjelpebehovene til barn og unge med psykiske helseproblemer, samt når det hevdes at dette heller ikke er de barnevernsansattes ansvar å kunne noe om, er det grunn til å tro at dette kan virke inn på den enkeltes mestringstro, sett ut fra de ulike informasjonskildene mestringstroen bunner i (jf. Bandura; 1977; 1982). Om Stajkovic og Luthans (1998) resultater legges til grunn, som tyder på at det er en sterk sammenheng mellom mestringstro og prestasjoner i arbeidet, er det urovekkende at de profesjonelle selv vurderer at de har en middels grad av kompetanse, da det er nærliggende å slutte at hjelpen som da tilbys barn og unge med psykiatriske hjelpebehov også vil være av middels kvalitet.

Selv om Høyviks (1996) informanter er saksbehandlere i barneverntjenesten, kan det også tenkes at resultatene har en viss overføringsverdi til miljøterapeuter i institusjonene, da de to største yrkesgruppene i institusjonene, barnevernspedagogene og sosionomene, har samme utdanning som Høyviks utvalg. Ut ifra det som fremgikk av Høyviks studie, og med utgangspunkt i at det kan overføres, er det bekymringsverdig at vanskeligheter med å identifisere psykiske vansker, og følelsen av manglende kompetanse kan føre til at barn og unge ikke får den hjelpen de trenger.

Med en oppfatning om middels kompetansenivå innen psykiatri, og en gruppe klienter hvor anslagsvis 70 % har psykiske belastninger er ikke utgangspunktet oppløftende med tanke på at barn og unge med psykiatriske hjelpebehov skal få den hjelpen de trenger. Men det er ikke nødvendigvis slik at det automatisk kan trekkes den slutning at de rapporterte tall faktisk er



representative for oppfatningen av kompetanse. Som Porter (1975) fant, var det vanligere å rapportere om «tilstrekkelig kompetanse» fremfor høyere nivåer av kompetanse. Det er heller ikke en selvfølge at det er samsvar mellom oppfatning av kompetanse og faktisk kompetanse, slik det fremgikk av Whicker (2012) samt Kruger og Dunning (1999) sine studier at det ikke var. Et funn som taler for en viss overvurdering av egne evner vises i spørsmålet hvor respondentene ble bedt om å vurdere i hvilken grad miljøterapien på arbeidsplassen var lagt opp etter den enkelte beboers psykiske belastninger, og i hvilken grad de selv bidro til dette. Her vurderte gjennomsnittet i utvalget sitt eget bidrag som høyere.

#### 4.4. Implikasjoner for praksisfeltet

Selv om psykiatrisk behandling ikke i hovedsak er barnevernet sitt ansvar, ligger det enorme muligheter i institusjonene til å gi behandling flere timer i løpet av et døgn. Dette vil kunne komme barn og unge mer til gode enn kun å møte til BUP en eller flere timer i uken. Selv om det som diskutert finnes flere perspektiver på hvorvidt oppfatning av kompetanse samsvarer med arbeidsrelatert ytelse, legges det i dette kapittelet til grunn at det er en *viss* sammenheng. Økt oppfatning hos profesjonelle kan ha en verdi for å øke mestringsfølelsen, fjerne negative følelser og dermed øke innsatsen. I lys av Banduras teori om selveffektivitet kan økt oppfatning av kompetanse således lede til at de profesjonelle gjør en bedre jobb.

Ettersom respondentene selv opplever at det å motta veiledning eller konsultasjon er den viktigste påvirkningsfaktor for utvikling av terapeutisk kompetanse i møte med barn og unge med psykiske belastninger, kan arbeidsplasser vurdere å benytte mer ressurser på denne typen tiltak, dersom det er ønskelig å øke psykiatrisk kompetanse blant miljøterapeutene. Dersom det skal settes inn tiltak i forhold til veiledning, vil effekten trolig være større om veiledningen har et spesifikt fokus på psykisk helse.

I tillegg kan det være et godt virkemiddel å sørge for tilstrekkelige pauser og møtepunkter mellom miljøterapeutene, da uformelle kasusdiskusjoner med kolleger ble rangert som den 2. viktigste faktoren for utvikling av terapeutisk kompetanse. Ledere eller fagkonsulenter kan i tillegg ha fokus på å disponere relevante artikler og fagbøker til sine ansatte, da dette også ble sett

på som utviklende. Å delta på kurs og seminarer opplevdes også som betydningsfullt, slik at en prioritering av dette også kan føre til positiv utvikling av miljøterapeutene.

De nevnte forslagene underbygges på samme tid av resultatene i denne studien som viste at i hvilken grad psykiatri var et tema på arbeidsplassen korrelerte med diagnosekunnskap, i hvilken grad respondentene støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner, og i hvilken grad de opplevde å legge opp miljøterapien etter den enkelte beboers psykiske belastninger. Dermed kan økt fokus i veiledning, overlapping, kurs og uformelle sammenhenger kunne bidra til at de profesjonelle oppfatter å øke sin psykiatriske kompetanse.

Ettersom erfaring fra psykisk helsearbeid hadde en sterkere sammenheng med oppfatning av kompetansenivå enn videreutdanning, samt at «erfaring fra arbeid med klienter» ble rangert som den 3.-viktigste innflytelseskilden i forhold til profesjonell utvikling, kan det for arbeidssteder som ønsker å øke de ansatte sin psykiatriske kompetanse (målt i oppfattet diagnosekunnskap) vurderes om det skal arbeides for å få til ordninger for hospitering innen psykisk helsearbeid som et tiltak for å øke praktisk erfaring, i tillegg til videreutdanninger og masterstudier. Også Orlinsky og Rønnestad (2005a) fant at nettopp bredde og dybde i erfaring var en viktig prediktor for profesjonell utvikling.

Da faglig kontakt med psykolog eller psykiater i denne studien viste en signifikant korrelasjon med fravær av negative følelser, som også kan ses på som mestring av arbeidet med denne målgruppen, kan det vurderes om det skal igangsettes ordninger for slik kontakt om det ikke finnes på arbeidstedet allerede.

Ettersom vernepleierne var den yrkesgruppen som utmerket seg med hensyn til ulike variabler på oppfatning av eget kompetansenivå, kan det også vurderes om disse skal ha et særlig ansvar knyttet til å sørge for at den enkeltes psykiske helse blir tatt hensyn til når miljøterapien planlegges.

## 4.5. Studiens styrker og begrensninger

### 4.5.1. Svarprosent

Tas det utgangspunkt i populasjonen i helhet, er svarprosenten beskjeden – 6,88 %. Dette tallet er lavere enn hva forhåpningen var ved studiens begynnelse. Det er flere ledd i prosessen som kan ha bidratt til dette. For det første ble invitasjonen sendt på e-post til lederne ved de aktuelle institusjonene. Dette var imidlertid ikke uten hindringer. Selv om overskriften i e-posten var «til deg som er leder ved en barnevernsinstitusjon» og det i informasjonsskrivet ble bedt om at mottaker videresendte det til leder dersom de ikke var rette adressat, er det nærliggende å tenke at en del ledere aldri mottok e-posten, og at deres ansatte dermed ikke fikk mulighet til å delta. Det er usikkert hvor mange institusjoner dette gjaldt. Det antas i tillegg at mange ledere ukentlig mottar forespørsler om spørreundersøkelser og lignende. Da er det om å gjøre å skille seg ut i mengden. Det vurderes som sannsynlig at en spørreundersøkelse fra en masterstudent anses som mindre verdt å bruke tid på, enn en spørreundersøkelse fra større aktører og forskningsmiljøer. Det kan også spekuleres i om temaet for spørreundersøkelsen var av en slik art at det ikke ble videresendt, eksempelvis at det var for følsomt eller ikke opplevdes som relevant for barnevernsfaglig arbeid av den som mottok forespørselen. Det var til slutt også et frafall blant ansatte som mottok invitasjon til å delta i undersøkelsen. Svarprosenten blant de som fikk invitasjon til å delta var likevel på 41,3 og utvalget var stort nok til å gjøre statistiske analyser, selv om et lite utvalg øker sannsynligheten for feilkilder.

### 4.5.2. Måleinstrument

McGaghie (1991) peker på at evaluering av profesjonelles kompetanse aldri vil kunne komme i nærheten av feilfrie målinger, eller presentere en objektiv sannhet. Han fremhever at det har blitt gjort veldig lite god forskning på validering av målemetoder for kompetanse. Samtidig kjennetegnes profesjonell praksis av å være i stadig endring, noe som ytterligere gjør at det er vanskelig å unngå målefeil. Begrepsvaliditet handler om forholdet mellom fenomen og data – om dataene som er hentet ut av undersøkelsen representerer fenomenet på en god måte (Johannessen

et. al., 2010). Det har blitt tilstrebet å ta høyde for at ”oppfatning av kompetanse” er et sammensatt fenomen ved å ha flere spørsmål som måler ulike aspekter ved fenomenet. Ved å lage indikatorvariabler slik det er gjort i denne undersøkelsen, styrkes validiteten, fordi flere aspekter ved variabelen inkluderes under ett (jf. Johannessen et al., 2010).

Reliabilitet handler om hvor pålitelige data er, det vil si hvordan data samles inn, hvor nøyaktige dataene er, hvilke data som brukes, og hvordan de bearbeides (Johannessen et. al., 2010). I denne sammenheng er det mange fallgruver ved å ha konstruert et eget spørreskjema. For det første er det ikke sikkert at spørreskjemaet dekker de områder som er sentrale i forhold til å måle respondentenes oppfatning av egen kompetanse. Når det gjelder språk ble det dessuten gjort en forutsetning om at profesjonelle som arbeider i barnevernsinstitusjon «snakker samme språk», til tross for noen forskjeller i utdanningene. Det ble derfor i noen spørsmål brukt fagsjargong. På bakgrunn av denne forutsetningen ble ikke ord og uttrykk i spørreskjemaet forklart eller definert. Dette kan representere en svakhet dersom antagelsen er feilaktig. I tillegg kan eventuelle manglende svaralternativer eller svakheter ved svaralternativene har ført til unøyaktige eller feil svar. En svakhet kan være muligheten for at spørsmålene var av en slik art at de har fremprovosert sosialt ønskelige svar. Spørsmålet «I hvilken grad støtter du deg til diagnoser eller klassifikasjoner i ditt nåværende terapeutiske arbeid?» kan virke ledende, ved at det ligger en normativ antagelse om at respondenten støtter seg til diagnoser og klassifikasjoner, og svaralternativene går fra «i svært liten grad» til «i svært stor grad». «I ingen grad» var altså ikke noe alternativ. Spørsmålet «For tiden, i arbeidet med barn/unge som du vurderer at har psykiske belastninger, hvor ofte føler du at...» inneholder en rekke påstander som alle er negativt formulert. På denne måten legges det til grunn en antagelse om at respondentene kjenner på mye negative følelser i arbeidet med denne målgruppen. Det er mulig at de avgitte svarene hadde vært annerledes dersom halvparten av påstandene hadde vært formulert positivt og halvparten negativt. Til slutt kan det ha vært svakheter ved spørsmålsformuleringene som har ført til at de har blitt oppfattet på en annen måte enn det som var tiltenkt, og slik gitt feilaktige avkryssninger på svaralternativene. Som nevnt i kapittel 2.4 har det blitt tilstrebet å ta hensyn til disse fallgruvene ved formulering av egne spørsmål. Konstruering av indikatorvariabler styrker i tillegg reliabiliteten fordi tilfeldige målefeil reduseres (jf. Johannessen et. al., 2010). Det ble funnet at de ulike svarene på indikatorvariablene var konsistente, målt med Cronbach's alpha,

noe som taler for at de har reliabilitet. En styrke ved spørreskjemaet er i tillegg at det ble brukt noen standardiserte mål fra spørreskjemaet DPCQQ (Orlinsky et al., 1999; 2005b), som har blitt anvendt i anerkjent internasjonal forskning.

#### 4.5.3. Representativitet og generalisering

I den estimerte totalpopulasjonen utgjorde barnevernspedagogene 51,4 %, sosionomene 26,5 %, og vernepleierne 22,1 %. Blant de som svarte på undersøkelsen var det 50,4 % barnevernspedagoger, 29,0 % sosionomer og 19,8 % vernepleiere, noe som ligger ganske tett opp mot fordelingen i populasjonen. Hvordan respondentene fordelte seg på andre populasjonskarakteristika er det ikke grunnlag for å si noe om. Det er uvisst om så mange som 35,9 % i populasjonen har en eller annen form for videreutdanning eller mastergrad. Om det er slik at utvalget i denne studien var over gjennomsnittlig høyt utdannet, må det vurderes hvilke implikasjoner dette eventuelt har for resultatene. Dersom det for eksempel er slik at det er respondenter med en særlig opptatthet av psykiatri eller fag generelt som valgte å svare på undersøkelsen, kan det spekuleres i om den oppfattede kompetansen i populasjonen i realiteten kan være lavere enn det som fremkommer her.

Med hensyn til representativitet hadde det vært nyttig å vite hva det var som gjorde at de 25 lederne valgte å videreformidle studien. Det var flere som ga tilbakemelding om at temaet for undersøkelsen var interessant og aktuelt. Dersom leder er opptatt av psykiatri, kan det virke inn på forhold ved arbeidsstedet og også de ansatte. Dersom utvalget i denne studien representerer ledere og ansatte med en særlig interesse for psykiatri, svekker det mulighetene til å generalisere til populasjonen. Resultatene som har fremkommet i denne studien kan altså kun generaliseres med et forbehold om representativitet, og med forbehold om at designet tilstrekkelig klarer å fange opp fenomenet.

## 5.0. AVSLUTNING

Denne studien avdekket at de profesjonelle hadde en oppfatning om et middels nivå av kompetanse knyttet til diagnoser om de vanligste psykiske lidelsene blant barn og ungdom. De hadde lite negative følelser knyttet til arbeid med barn og unge med psykiske belastninger. Et av funnene denne studien kan vise til er at vernepleierne som gruppe skilte seg ut ved at de i større grad støttet seg til diagnoser og klassifikasjoner. Studien viste at både videreutdanning/mastergrad og arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid var positivt for hvordan respondentene vurderte egen diagnosekunnskap, men at sistnevnte representerte en sterkere sammenheng. I tillegg var det viktig hvorvidt psykiatri var et tema på arbeidsplassen.

Teoretiske implikasjoner av resultatene innebærer at det i lys av Banduras selveffektivitets-teori kan knyttes bekymring til hvorvidt barn og ungdom på barnevernsinstitusjonene får den hjelpen de trenger. Samtidig er det stor usikkerhet knyttet til hvor reliable egne vurderinger av kompetanse er. Det er imidlertid grunn til å tro at profesjonelle yter bedre hjelp når de opplever mestring og trygghet på egen kompetanse i jobben de gjør. Av den grunn har det i lys av denne studiens resultater blitt diskutert noen tiltak som kan være av betydning for praksisfeltet.

I denne studien har kun ett av mange viktige kompetanseområder innen barnevernsfaglig arbeid blitt undersøkt. Imidlertid representerer den et bidrag i et lite utforsket felt. Videre forskning bør også tilstrebe å undersøke andre kompetanseområder. Kompetanse kan også undersøkes fra et annet perspektiv, eksempelvis ved at de profesjonelle vurderer sine kollegers kompetanse. Forskningen har til gode å se på hvorvidt det er en sammenheng mellom hvordan de ansatte oppfatter eget kompetansenivå, og i hvilken grad barn og unge ved barnevernsinstitusjonene opplever å få hjelp.

## 6.0. LITTERATURLISTE

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373. doi: 10.1521/jscp.1986.4.3.359
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2010). *Samlet oversikt. Satsing på barn og ungdom. Regjeringens mål og innsatsområder i statsbudsjettet 2010*. Hentet 9. april 2013 fra [http://www.regjeringen.no/pages/2354308/Satsing\\_paa\\_barn\\_og\\_ungdom\\_2010.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/2354308/Satsing_paa_barn_og_ungdom_2010.pdf)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2010). *Rapport fra barne-, ungdoms- og familiedirektoratets arbeidsgruppe. Kvalitet i barneverninstitusjoner*. Hentet 9. april 2013 fra <http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Barnevern/Kvalitet%20i%20barneverninstitusjoner.pdf>
- Barne-, ungdoms- og familieetaten. (udatert). *Liste over alle godkjente barnevernsinstitusjoner*. Hentet 06. mars 2013 fra [http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Barnevern/Kopi%20av%20Institusjonsliste\\_til\\_web\(110912\).pdf](http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Barnevern/Kopi%20av%20Institusjonsliste_til_web(110912).pdf)
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Hentet fra <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19920717-100.html>
- Barnevernpanelet. (2011). *Barnevernpanelets rapport*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Hentet 9. april 2013 fra [http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barnevern/2011/barnevernpanelets\\_rapport.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Barnevern/2011/barnevernpanelets_rapport.pdf)
- Definition: Competence. (udatert). I Webster's Online Dictionary. Hentet 4. april 2013 fra: <http://www.websters-online-dictionary.org/definition/competence>

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. (1994). The Childhoods of Multiple Problem Adolescents: A 15-Year Longitudinal Study. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 35(6), 1123-1140.
- Fjeldstad, T. (2007). *Både sosialarbeider og terapeut? Sosionomers profesjonelle rolle i psykisk helsevern for barn og unge* (Masteroppgave). Hentet fra <https://oda.hio.no/>
- Folkehelseinstituttet. (2010). *De vanligste psykiske lidelsene hos barn og unge*. Hentet 10. september 2012 fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6464:0:25,6337&List\\_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0&Content\\_6464=6430:84063::1:6182:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,7198:1:0:0:::0:0&Content_6464=6430:84063::1:6182:1:::0:0)
- Havnen, K. S., Breivik, K., & Jakobsen, R. (2012). Stability and change – a 7- to 8-year follow-up study of mental health problems in Norwegian children in long-term out-of-home care. *Child and Family Social Work*. doi: 10.1111/cfs.12001
- Havnen, K. S., Jakobsen, R., & Stormark, K. M. (2009). Mental Health Problems in Norwegian School Children Placed Out-of-home: The Importance of Family Risk Factors. *Child Care in Practice*, 15(3), 235-250. doi: 10.1080/13575270902891115
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M. B., ... & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447. doi: 10.1097/chi.0b013e31803062bf
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20080620-044.html>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>
- Herling, R. W. (2000). Operational Definitions of Expertise and Competence. *Advances in Developing Human Resources*, 2(1), 8-21. doi: 10.1177/152342230000200103



Høgskolen i Oslo og Akershus. (udatert). *Fag- og studieplaner*. Hentet 16. mars 2013 fra

[http://www.hioa.no/Mediabiblioteket/node\\_52/node\\_869](http://www.hioa.no/Mediabiblioteket/node_52/node_869)

Høyvik, K. (1996). *Barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien - Samarbeid eller henvisning?* (Hovedoppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Trondheim: Institutt for sosialt arbeid, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Kjelsberg, E., & Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 319-325. doi: 10.1080/08039480410005846

Kristofersen, L. B. (2007). *Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptappingsplan for psykisk helse, BUP og barnevern* (NIBR-rapport 2007:13). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Hentet 11. april 2013 fra <http://evalueringsportalen.no/evaluering/tilgjengelighet-og-samarbeid-mer-fleksible-hjelpetjenester-opptappingsplanen-for-psykisk-helse-bup-og-barnevern/80.pdf/@@inline>

Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121-1134. doi: 10.1037/0022-3514.77.6.1121

Levine, T. R., & Hullett, C. R. (2002). Eta squared, Partial Eta Squared, and Misreporting of Effect Size in Communication Research. *Human Communication Research*, 28(4), 612-625. doi: 10.1111/j.1468-2958.2002.tb00828.x

Lichtwarck, W. (Red.), & Clifford, G. (Red.). (2010). *Modernisering i barnevernet - ideologi, kontekst og kompetanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Lorentzen, S., Rønnestad, M. H., & Orlinsky, D. (2011). Sources of influence on the professional development of psychologists and psychiatrists in Norway and Germany. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(2), 141-152. doi: 10.1080/13642537.2011.570016
- Lund, T. (2005). The Qualitative-Quantitative Distinction: Some comments. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49(2), 115-132. doi: 10.1080/00313830500048790.
- Lurie, J. (2011). *Access to Child and Adolescent Psychiatry for Users of Child Protection Services in Mid-Norway - A study of employees' experiences* (Rapport 19/2011). Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS. Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge. Hentet 9. april 2013 fra <http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/NBBF/Access%20to%20Child%20and%20Adolescent%20PsychiatryBUSMidt%202011.pdf>
- Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 2. Barn og Unge* (Folkehelseinstituttets rapport 2009:08). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- McGaghie, W. C. (1991). Professional Competence Evaluation. *Educational Researcher*, 20(1), 3-9. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/1176155>
- Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124-133. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03071.x
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., & Kaira, A. M. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 329-336. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00422.x
- Mirable, R. J. (1997). Everything You Wanted To Know About Competency Modeling. *Training and Development*, 51(8), 73-77. Hentet fra <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=60088a94-9100-43c4-9c08-a17862c7de2b%40sessionmgr11&vid=2&hid=24>

- Nerdrum, P. (2012). Pedagogikk, klima og læringsutbytte ved utdanning i psykodynamisk psykoterapi. Utdanningen ved Institutt for Psykoterapi - kandidatenes erfaringer. I: R. Ulberg, A. G. Hersoug & T. Knutsen (Red.). *Psykoterapi i utvikling* (341-357). Oslo: Akademika forlag.
- NOU 2009: 08. (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet. Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/2182038/PDFS/NOU200920090008000DDDPDFS.pdf>
- NOU 2009: 22. (2009). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/2272040/PDFS/NOU200920090022000DDDPDFS.pdf>
- NTNU Samfunnsforskning. (2011). *Psykisk helse hos barn i barneverninstitusjon*. Hentet 27. april 2013 fra <http://samforsk.no/Sider/Prosjekter/Psykisk-helse-hos-barn-i-barneverninstitusjon.aspx>
- O'Leary, J. (2012). Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 607-614. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01394.x+
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Rønnestad, M., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., ... & SPR Collaborative Research Network. (1999). Development of Psychotherapists: Concepts, Questions, and Methods of a Collaborative International Study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153. doi: 10.1080/10503309912331332651
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005a). Career Development: Correlates of Evolving Expertise. I: Orlinsky, D. E. (Red.), & Rønnestad, M. H. (Red.). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (131-142). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005b). Work Practice Patterns. I: Orlinsky, D. E. (Red.), & Rønnestad, M. H. (Red.). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (81-99). Washington, DC: American Psychological Association.

- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Aapro, N., Ambühl, H., Espada, A. A., Bae, S. H., ... & Wiseman, H. (2005a). The psychotherapists. I: Orlinsky, D. E. (Red.), & Rønnestad, M. H. (Red.). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (27-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Gerin, P., Davis, J. D., Ambühl, H., Willutzki, U., ... & Wiseman, H. (2005b). Study Methods. I: Orlinsky, D. E. (Red.), & Rønnestad, M. H. (Red.). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth* (15-25). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4. utg). Berkshire, England: Open University Press.
- Parry, S. B. (1996). The Quest for Competencies. *Training*, 33(7), 48-54. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/203398191?accountid=26439>
- Porter, I. H. (1975). *A study of Texas certified kindergarten teachers' self-assessed teaching competence* (Materoppgave, Texas Tech University). Hentet 4. April 2013 fra <http://repositories.tdl.org/ttu-ir/bitstream/handle/2346/15494/31295015502783.pdf?sequence=1>
- Questback. (udatert). *Hvorfor velge QuestBack?* Hentet 7. mars 2013 fra <http://www.questback.no/om-oss/hvorfor-velge-questback/>
- Samson, G. E., Graue, M. E., Weinstein, T., & Walberg, H. J. (1984). Academic and occupational performance: A quantitative synthesis. *American Educational Research Journal*, 21(2), 311-321. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/1162446>
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-Efficacy and Work-Related Performance: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 1998, 124(2), 240-261. doi: 10.1037/0033-2909.124.2.240
- Statistisk sentralbyrå. (2012a). *Avtalte årsverk ekskl. lange fravær i barnevernsinstitusjoner, etter utdanningsgrupper og eierskap. 2011*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/kortnavn/barneverni/tab-2012-10-25-04.html>

- Statistisk sentralbyrå. (2012b). *Barn og unge i barnevernsinstitusjon per 31. desember. Tall for plasseringshjæmmel, alder, kjønn og eierskap. 2011*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/kortnavn/barneverni/tab-2012-10-25-07.html>
- Statistisk sentralbyrå. (2012c). *Barnevern, 2011*. Hentet fra <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/barneverng/aar/2012-06-27>
- Statistisk sentralbyrå. (2012d). *Barnevernsinstitusjoner. Antall barn og unge og antall oppholdsdager i institusjon, etter eierskap. 2011*. Hentet fra <http://www.sentra.no/a/kortnavn/barneverni/tab-2012-10-25-06.html>
- Stoof, A., Martens, R. L., van Merriënboer, J. J., & Bastiaens, T. J. (2002). The Boundary Approach of Competence: A Constructivist Aid for Understanding and Using the Concept of Competence. *Human Resource Development Review*, 1(3), 345-365. doi: 10.1177/1534484302013005
- The International Federation of Social Workers. (2012). *Definition of Social Work*. Hentet 2. mai 2013 fra <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005a). *Rammeplan og forskrift for 3-årig barnevernspedagogutdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet 16. mars 2013 fra [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269385-rammeplan\\_for\\_barnevernspedagogutdanning\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269385-rammeplan_for_barnevernspedagogutdanning_05.pdf)
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005b). *Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet 16. mars 2013 fra [http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_for\\_sosionomutdanning\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_for_sosionomutdanning_05.pdf)
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005c). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet 16. mars 2013 fra [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

Whicker, S. A. (2012). *Medical Resident Ability to Self-Assess in Relation to their Competence within the Assessed Domain* (Doktorgrad). Hentet fra <http://www.lib.ncsu.edu/>

Øia, T. (2012). *Ung i Oslo 2012: Nøkkeltall* (Notat nr 7/12). Oslo: Nova - Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet 9. april 2013 fra [http://www.nova.no/asset/6066/1/6066\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/6066/1/6066_1.pdf)

## VEDLEGG

### Vedlegg 1: Dokumentasjon av litteratursøk

Database/ressurs:	<b>Idunn</b>
Dato for søk:	26.03.13
Søkehistorie:	#1: Barnevern + psykiatri #2: Barnevern + psykisk + helse #3: Barnevern + kompetanse #4: Barnevern + kompetanseheving #5: Barnevern + selveffektivitet #6: Barnevern + self-efficacy #7: Barnevern + institusjon #8: Institusjon + kompetanse #9: Psykiatri + kompetanse #10: Opplevd + kompetanse #11: Måle + kompetanse #12: Kompetanse + mestring #13: Barn + psykisk + helse #14: Ungdom + psykisk + helse #15: Kompetanseheving #16: Selveffektivitet #17: Self-efficacy #18a: Kompetanse #18b: Kompetanse
Begrensninger:	Søk innen «tittel, sammendrag og stikkord», i alle tidsskrifter, alt frem til d.d, alle ord. #18b: Kompetanse (tidsskrift begrenset til kategori: Helse- og sosialfag)

Database/ressurs:	<b>Regjeringen.no</b>
Dato for søk:	26.03.13
Søkehistorie:	kompetanse + barnevern
Begrensninger:	Alle ord, søk i NOU-er.

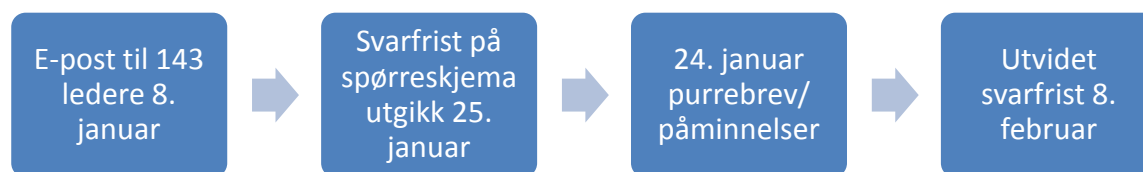
Database/ressurs:	<b>Google Scholar</b>
Dato for søk:	21.03.13 + 04.04.13
Søkehistorie:	#1: Competence definition #2: Self-efficacy #3: «A Bandura» self-efficacy #4: altitittel: child welfare competence

	#5: altitittel: child welfare competency #6: altitittel: child welfare self-assessment #7: altitittel: child welfare self-efficacy #8: altitittel: child welfare psychiatry #9: altitittel: self-assessed competence #10: altitittel: self-assessed competence child welfare #11: altitittel: self-assessed competence psychiatry #12: altitittel: child welfare institution #13: altitittel: measure self-assessed competence #14: altitittel: measure self-perceived competence #15: altitittel: self-perceived competency #16: altitittel: self-assessed competency #17: Author:Orlinsky Author:Rønnestad
Begrensninger:	#1: «Sorter etter relevans» #2,3: «Sorter etter relevans» #4- 16: «Sorter etter relevans», alle ord i tittel #17: Sorter etter relevans

Database/ressurs:	<b>Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern (Nbbf.no)</b>
Dato for søk:	09.04.13
Søkehistorie:	#1: Emnemeny «psykisk helse» #2: Emnemeny «ungdom» #3: Emnemeny «institusjon» #4: Emnemeny «tverrfaglig samarbeid» #5: Søkord: kompetanse barnevern #6: Søkord: kompetanse psykiatri
Begrensninger:	-



## Vedlegg 2: Rekrutteringsprosess



## Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Per Nerdrum  
Institutt for sykepleie  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 21.11.2012

Vår ref:32145 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.11.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

32145	<i>En kvantitativ undersøkelse av selvopplevd kunnskap og kompetanse i psykiatri i barneverninstitusjonene i Norge</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Per Nerdrum</i>
Student	<i>Ingvill Karine Velde</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ingvill Karine Velde, Welhavens gate 2 A, 0166 OSLO

  
Mads Solberg



Prosjektet skal kartlegge hvilken kunnskap og kompetanse ansatte i barnevernsinstitusjonene i Norge opplever at de har.

Utvalget består av 1944 individer som rekrutteres ved at ledere ved alle barneverninstitusjoner i landet får epost med informasjon om undersøkelsen og lenke. Disse videresender denne til sine ansatte.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår forutsatt at:

- setningen "Dine svar er anonyme" endres til "er konfidensielle" eller liknende. Undersøkelsen er per definisjon ikke anonym da bruk av Questbacks system medfører meldepliktig behandling epost og IP-adresse.
- det tilføyes informasjon om hva som skjer med logger hos Questback ved prosjektslutt (sletting/anonymisering).
- setningen "undersøkelsen er anonym" må også fjernes fra brev stilet til leder for barnevernsinstitusjon.

Questback er databehandler for prosjektet. Personvernombudet forutsetter at det foreligger en databehandleravtale mellom Questback og Høgskolen i Oslo og Akershus for den behandling av data som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder på denne siden: <http://datatilsynet.no/verktøy-skjema/Skjemamaler/Databehandleravtale---mal/>

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt, 15.06.2013 ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår, verken hos Questback eller veileder/student. Adresser og logger slettes.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.06.2013 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg 4: E-post til ledere ved barnevernsinstitusjonene

### Til deg som er leder ved en barnevernsinstitusjon!

Jeg er student på masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med min masteroppgave skal jeg foreta en undersøkelse som kartlegger ansattes opplevde kunnskap og kompetanse i psykiatri i de norske barnevernsinstitusjonene.

Jeg ønsker å kartlegge hvordan profesjonelle selv opplever egen kunnskap og kompetanse i psykiatri. Dette i lys av kompetansehevings-debatten som har foregått på feltet i den senere tid. Dette mener jeg er viktig både i forhold til hvordan profesjonelle mestrer sin arbeidshverdag, og hvilken hjelp beboere på institusjonene tilbys.

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å besvare med denne undersøkelsen er: *Hvordan opplever de profesjonelle i Norges barnevernsinstitusjoner sine egne kunnskaper og kompetanse knyttet til barn og unge med psykiske belastninger?*

Jeg har fokus på barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere i denne undersøkelsen. Jeg lurer på om du som leder kan videresende vedlagte tekst, som inneholder en link til spørreskjema, til dine ansatte som har fullført utdanning som barnevernspedagog, sosionom eller vernepleier. Dette fordi jeg håper at de kan gi verdifull informasjon til dette viktige temaet jeg ønsker å belyse med min masteroppgave. Jeg håper det er i orden at jeg om noen uker sender en ny mail til deg hvor jeg ber deg videresende en generell purre-melding til de samme ansatte. Dette fordi jeg ikke har mulighet til å vite hvem som har svart og ikke.

Det vil ta ca 15-20 minutter å svare på spørreskjemaet. Dine ansatte vil få spørsmål knyttet til generelle kunnskaper i psykiatri, samt spørsmål som berører hvordan de opplever sin kompetanse i møte med barn og unge med psykiske belastninger. Dine ansatte vil få informasjon om undersøkelsen, konfidensialitet, frivillighet og trekkmuligheter.

Veileder for prosjektet er professor Per Nerdrum ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Prosjektet planlegges avsluttet 15. mai 2013.

Jeg setter pris på en kort e-post tilbake med en bekreftelse på hvor mange av dine ansatte i målgruppen den vedlagte teksten er videresendt til. Jeg gir gjerne mer informasjon om undersøkelsen dersom du har noen spørsmål. Dersom du skulle ha mottatt denne e-posten uten at du er rette vedkommende, ber jeg deg også om å ta kontakt, eventuelt med e-postadresse til den som for tiden er leder ved din institusjon.

Jeg kan kontaktes på e-post [s168286@stud.hioa.no](mailto:s168286@stud.hioa.no)

Vennlig hilsen

Ingvill Karine Velde

Vedlagt tekst:

### **Til deg som arbeider på barnevernsinstitusjon!**

Jeg er student på masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med min masteroppgave skal jeg foreta en undersøkelse som kartlegger ansattes opplevde kunnskap og kompetanse i psykiatri i de norske barnevernsinstitusjonene.

Jeg har fokus på barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere i denne undersøkelsen. Du har fra din leder fått videresendt dette skrivet med link til undersøkelsen. Jeg håper at du kan gi verdifull informasjon til dette viktige temaet jeg ønsker å belyse med min masteroppgave.

Jeg ønsker å kartlegge hvordan profesjonelle selv opplever egen kunnskap og kompetanse i psykiatri. Dette i lys av kompetansehevings-debatten som har foregått på feltet i den senere tid. Dette mener jeg er viktig både i forhold til hvordan profesjonelle mestrer sin arbeidshverdag, og hvilken hjelp beboere på institusjonene tilbys.

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å besvare med denne undersøkelsen er: *Hvordan opplever de profesjonelle i Norges barnevernsinstitusjoner sine egne kunnskaper og kompetanse knyttet til barn og unge med psykiske belastninger?*

Det vil ta ca 15-20 minutter å svare på spørreskjemaet. Du vil få spørsmål knyttet til generelle kunnskaper i psykiatri, samt spørsmål som berører hvordan du opplever din kompetanse i møte med barn og unge med psykiske belastninger. Frist for å svare på undersøkelsen er 25.01.13.

Deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Dine svar er konfidensielle. Jeg får ikke vite hvem som har svart på undersøkelsen. Dersom du velger å delta, og det er noen av spørsmålene du ikke ønsker å svare på er det helt i orden, hopp da over til neste spørsmål. Dersom du velger å trekke deg i løpet av undersøkelsen vil svarene du har gitt bli slettet fra materialet. Alle logger med svar i Questback vil bli slettet ved undersøkelsens slutt.

Veileder for prosjektet er professor Per Nerdrum ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Prosjektet planlegges avsluttet 15. mai 2013.

Jeg gir gjerne mer informasjon om undersøkelsen dersom du har noen spørsmål. Jeg kan kontaktes på e-post [s168286@stud.hioa.no](mailto:s168286@stud.hioa.no)

Gå inn på denne linken for å svare på undersøkelsen:

<https://response.questback.com/ingvillkarinevelde/j1bsckzv2q/>

Vennlig hilsen

Ingvill Karine Velde



## Vedlegg 5: Måleinstrument

### Selvopplevd kunnskap og kompetanse i psykiatri

#### Din identitet vil holdes skjult

Les om [retningslinjer for personvern](#). (Åpnes i nytt vindu)

#### Til deg som arbeider på barnevernsinstitusjon!

Jeg er student på masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med min masteroppgave skal jeg foreta en undersøkelse som kartlegger ansattes opplevde kunnskap og kompetanse i psykiatri i de norske barnevernsinstitusjonene.

Jeg har fokus på barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere i denne undersøkelsen. Du har fått videresendt en e-post fra din leder med link til undersøkelsen og jeg håper at du kan gi verdifull informasjon til dette viktige temaet jeg ønsker å belyse med min masteroppgave.

Jeg ønsker å kartlegge hvordan profesjonelle selv opplever egen kunnskap og kompetanse i psykiatri. Dette i lys av kompetansehevings-debatten som har foregått på feltet i den senere tid. Dette mener jeg er viktig både i forhold til hvordan profesjonelle mestrer sin arbeidshverdag, og hvilken hjelp beboere på institusjonene tilbys.

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å besvare med denne undersøkelsen er: *Hvordan opplever de profesjonelle i Norges barnevernsinstitusjoner sine egne kunnskaper og kompetanse knyttet til barn og unge med psykiske belastninger?*

Det vil ta ca 15-20 minutter å svare på spørreskjemaet. Du vil få spørsmål knyttet til generelle kunnskaper i psykiatri, samt spørsmål som berører hvordan du opplever din kompetanse i møte med målgruppen du arbeider med.

Deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Dine svar er anonyme. Jeg får ikke vite hvem som har svart på undersøkelsen. Dersom du velger å delta, og det er noen av spørsmålene du ikke ønsker å svare på er det helt i orden, hopp da over til neste spørsmål. Dersom du velger å trekke deg i løpet av undersøkelsen vil svarene du har gitt bli slettet fra materialet.

Veileder for prosjektet er professor Per Nerdrum ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Prosjektet er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste for godkjenning.

Prosjektet planlegges avsluttet 15. mai 2013.

Jeg gir gjerne mer informasjon om undersøkelsen dersom du har noen spørsmål. Jeg kan kontaktes på e-post [s168286@stud.hioa.no](mailto:s168286@stud.hioa.no)

Vennlig hilsen

Ingvill Karine Velde

---

1 \* Samtykker du til å delta i denne undersøkelsen?

Ja

Nei

---

2 **Kjønn**

Kvinne

Mann

---

3 **Hvor gammel er du?**

Velg alternativ

---

4 **Hvilken grunnutdanning har du?**

Barnevernpedagog

Sosionom

Vernepleier

---

5 **Hvor mange års ansiennitet har du endt grunnutdanning?**

Velg alternativ

---

6 **Hvor mange år har du jobbet innen barnevernfeltet?**

Velg alternativ

---

7 **Har du arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid (BUP, døgnposter, DPS eller lignende)? Hvis ja, hvor mange år?**

Velg alternativ



---

8 Har du videreutdanning eller mastergrad innen psykisk helsearbeid?

- Nei
  - Videreutdanning i psykisk helsearbeid
  - Holder på med videreutdanning i psykisk helsearbeid
  - Master i psykisk helsearbeid
  - Holder på med master i psykisk helsearbeid
- 

9 Dersom du har annen videreutdanning eller mastergrad du anser som relevant i forhold til barnevernsarbeid, vennligst spesifiser under: (Hvis ikke, gå til neste spørsmål)

---

10 Hvilken stillingsprosent har du i dag?

Velg alternativ

▼

---

11 I hvilken landsdel ligger din arbeidsplass?

- Nord-Norge eller Midt-Norge [Finmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag]
  - Vest-Norge eller Sør-Norge [Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland, Vest-Agder, Øst-Agder]
  - Øst-Norge [Oslo, Akershus, Østfold, Vestfold, Buskerud, Hedmark, Telemark, Oppland]
- 

12 Hvilken type institusjon arbeider du på? (Kryss av de alternativer som passer for din avdeling)

- Akutt- eller utredningsinstitusjon (omsorg/atferd)
  - Langtidsinstitusjon (atferd)
  - Langtidsinstitusjon (omsorg)
  - Annet
- 

13 Hvilken aldersgruppe arbeider du med?

- Barn (0-12 år)
- Ungdom (13-18/23 år)

---

14 **Hvor mange av barna/ungdommene du har arbeidet/arbeider med på ditt arbeidssted vil du si har psykiske belastninger (basert på dine egne vurderinger)?**

- 0-25%
- 26-50%
- 51-75%
- 76-100%

---

15 **Nedenfor er noen psykiske lidelser hos barn og unge listet opp. I hvilken grad opplever du at du har kunnskap om de ulike? (0="ingen kompetanse", 5="svært god kompetanse")**

	0	1	2	3	4	5
Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atferds-forstyrrelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADHD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autismespekterforstyrrelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spiseforstyrrelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykoser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilknytningsforstyrrelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traume-lidelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

16 I hvilken grad opplever du at miljøterapien på din arbeidsplass er lagt opp utifra den enkelte beboers psykiske belastninger? (0="i ingen grad", 5="i svært høy grad")

0  1  2  3  4  5

---

17 I hvilken grad legger du selv opp miljøterapien utifra den enkelte beboers psykiske belastninger? (0="i ingen grad", 5="i svært høy grad")

0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 5

---

18 I hvilken grad er barn og unges psykiske helse et tema i følgende fora? (0="i ingen grad", 5="i svært høy grad")

	0	1	2	3	4	5
Veiledning på institusjonen (Intern/eksten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs/seminar i regi av din arbeidsplass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Overlapping/rapportering til kollegaer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I uformelle sammenhenger med kollegaer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

19 Hvor mange timer per måned mottar du veiledning?

Velg alternativ

---

20 Har du i ditt arbeid faglig kontakt med psykolog/psykiater? Hvis ja, i gjennomsnitt hvor mange timer i løpet av en vanlig arbeidsmåned?

Velg alternativ

2.1 **Hvor stor innflyelse (positiv og/eller negativ) føler du det følgende har hatt på din utvikling som terapeut i møte med barn/unge med psykiske belastninger? (-3="svært negativ innflytelse", 0="ingen innflytelse", +3="svært positiv innflytelse")**

	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Erfaringer fra terapi med klienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å samarbeide med co-terapeuter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å delta på kurs/seminarer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å motta formell veiledning eller konsultasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uformelle kasusdiskusjoner med kolleger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeidsbetingelsene på din arbeidsplass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å lese relevante bøker eller artikler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å observere andre terapeuter på workshops, filmer eller bånd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å motta egenbehandling (individuell, i gruppe e.l.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å gi formell veiledning eller konsultasjon til andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å undervise på kurs eller seminarer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å forske selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfaringer fra ditt personlige liv utenom terapi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.2 **I ditt nåværende arbeid som terapeut, hvor viktig synes du det er for barn/unge med psykiske belastninger å realisere følgende målsettinger? Kryss av de fire målsettingene som du generelt anser som de viktigste.**

- Å få en sterk selvaktelse og identitetsfølelse
- Å tenke realistisk over meningen med det som hender i deres liv
- Å tillate seg å oppleve følelser fullt ut
- Å lære seg å handle effektivt i vanskelige situasjoner
- Å løse sine emosjonelle konflikter i relasjonen til deg som terapeut
- Å forstå sine følelser, motiver og/eller atferd
- Å moderere sine overdrevne, inådekvate eller irrasjonelle emosjonelle reaksjoner
- Å få mot til å gå inn i nye situasjoner, eller situasjoner som tidligere ble unngått
- Å integrere tidligere avviste eller ikke-erkjente opplevelser
- Å oppleve symptomlette
- Å gjøre rimelige vurderinger av mulige konsekvenser av egen atferd
- Å forbedre kvaliteten på sine relasjoner til andre
- Å forandre eller kontrollere problematiske atferdsmønstre
- Å vurdere seg selv på en realistisk måte
- Å klargjøre og arbeide for å oppnå sine egne mål

---

23 I hvilken grad støtter du deg til diagnoser eller klassifikasjoner i ditt nåværende terapeutiske arbeid? (0="i svært liten grad", 5="i svært stor grad")

0  1  2  3  4  5

---

24 For tiden, i arbeidet med barn/unge som du vurderer at har psykiske belastninger, hvor ofte føler du at -... (0="aldri", 5="svært ofte")

	0	1	2	3	4	5
du mangler tro på at du kan ha en gunstig innflytelse på en klient?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du er redd for at du skader mer enn du hjelper?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du er usikker på hvordan du kan arbeide effektivt med en klient?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
det er fare for at du kan miste kontrollen over den terapeutiske situasjonen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du er frustrert over egen maktesløshet når det gjelder å påvirke en klients tragiske livssituasjon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du er nedslitt over din manglende evne til å finne måter å hjelpe en klient på?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du har skyldfølelse over at du ikke handlet riktig i en kritisk situasjon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du ikke klarer å forstå kjernen i en klients problemer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du ikke klarer å tåle en klients følelsesmessige behov?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
du er sint for at faktorer i klientens liv gjør et godt resultat umulig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Vedlegg 6: Barnevernsinstitusjoner som fikk invitasjon til å delta i undersøkelsen

### MIDTNORGE:

Rabita bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RM Breidablikk bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RM Heimdal bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RM Sandmoen bofellesskap  
Bakkan Bo-kollektiv  
Buan Gård  
Gartnerhaugen  
Heggli barne- og ungdomshjem  
Interaktiv barnevern RM Bolli 1  
Interaktiv barnevern RM Bolli 2  
Interaktiv barnevern RM Bolli bofellesskap avdeling Molde (G)  
Kletten Fjellgård  
Rostad Ungdomsheim  
Stormyra Ritell  
Villa Vika  
Våre Hjem  
Vikhovlia akuttsenter  
Clausenengen ungdomshjem  
Gilantunet ungdomshjem  
Husafjellheimen  
Karienburg ungdomsheim  
Kollen ungdomsbase  
Kvammen Akuttinstitusjon  
Orkdal barnevernsenter  
Ranheim Vestre  
Spillumheimen ungdomsheim  
Stjørdal ungdomssenter  
Storbuan ungdomshjem  
Sunnmørsheimen Akutt og ungdomsheim

### NORDNORGE:

Aleris Ungplan & BOI AS RN Fjordveien bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RN Hansnes  
Aleris Ungplan & BOI AS RN Hessfjord Rød  
Aleris Ungplan & BOI AS RN Lanes  
Aleris Ungplan & BOI AS RN Mjelde  
Aleris Ungplan & BOI AS RN Movika  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO  
Bakkehaug  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO Blåhuset  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO  
Fagerlidal  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO  
Fredriksberg  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO  
Hovedhuset  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO Rødstua  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO  
Skjeggenes  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO Skogstua  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO  
Sollidalen  
Aleris Ungplan & BOI AS RN NYMO Tillermo  
Aleris Ungplan & BOI AS RN Sommarøy  
Kvæfjord opplevelse og avlastning  
Alta Ungdomssenter  
Bodø ungdomshjem  
Ishavsbyen ungdomssenter  
Kvæfjord ungdomssenter  
Lamo ungdomssenter  
Røvika ungdomssenter  
Silsand Ungdomshjem  
Solbakken barne-, ungdoms- og familiesenter  
Sollia barne- og familiesenter  
Storåsen barne- og familiesenter  
Tromsø ungdomssenter  
Vadsø ungdomssenter

**SØRNORGE:**

Cocoon Ressurssenter for barnevern og etnisitet  
Klokkergården RS Stokkekollektivet  
LØFT A/S  
Solgløtt Ungdomshjem  
Tiltak for ungdom - Agder RS Austvigheia  
Tiltak for ungdom - Agder RS Berge  
Tiltak for ungdom - Agder RS Birkeland  
Tiltak for ungdom - Agder RS Finsland 1  
Tiltak for ungdom - Agder RS Finsland 2  
Tiltak for ungdom - Agder RS Furumoen  
Tiltak for ungdom - Agder RS Homborsund  
Tiltak for ungdom - Agder RS Hornes  
Tiltak for ungdom - Agder RS Hortemo  
Tiltak for ungdom - Agder RS Hånes  
Tiltak for ungdom - Agder RS Lillesand  
Tiltak for ungdom - Agder RS Lomtjønn  
Tiltak for ungdom - Agder RS Omland  
Tiltak for ungdom - Agder RS Tveit  
Tiltak for ungdom - Agder RS Volleberg  
Tiltak for ungdom - Agder RS Vågsbygd  
Tiltak for ungdom - Agder RS Vågsbygd, hybel  
Tiltak for ungdom - Agder RS Øvrebø  
Tiltak for ungdom - Agder RS Ålefjær  
Tiltak for ungdom - Agder Østøya  
Tiltaksgruppen AS Lundaas Birkenlund  
Tiltaksgruppen AS Lundaas Bjorbekk  
Agder ungdoms- og fam. senter  
Arendal ungdoms- og fam. senter  
Geithus ungdoms- og fam. senter  
Grenland ungdoms- og familiesenter  
Hokksund ungd.- og fam. senter  
Jarlsberg ungd. - og fam. senter  
Mandal ungdoms- og fam. senter  
Sandefjord Ungdomssenter  
Skien ungdoms- og fam. senter  
Skjerfheimkollektivet  
Tønsberg ungd. - og fam. senter  
Vest-Telemark b-u-f-senter

**VEST-NORGE:**

Aleris Ungplan & BOI AS RV Furulund  
bofellesskap:  
Aleris Ungplan & BOI AS RV Hesjakollen  
Aleris Ungplan & BOI AS RV Løbergsveien  
Bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RV Sørli  
Bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RV Ulsmåg  
bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RV Unneland  
BOenheten RV BOenheten- Bergen  
Bokn Bufellesskap  
Garnes Ungdomssenter  
Hiismoenkollektivet  
Josephines Stiftelse barnehjem  
Klokkergården RV Avd Sjøly  
Klokkergården RV Avdeling Skjøly  
minikollektiv  
Klokkergården RV Kannesteinen minikollektiv  
Sofus Barnevern AS  
Styve Gard  
Tiltak for ungdom- Agder RV Diamantvegen  
Tiltak for ungdom- Agder RV Hundvåg  
Tiltak for ungdom- Agder RV Kleppervarden  
Tiltak for ungdom- Agder RV Lyefjell  
Tiltak for ungdom- Agder RV Skjæveland  
Tiltak for ungdom- Agder RV Smeheia  
Tiltak for ungdom- Agder RV Soma  
Tiltak for ungdom- Agder RV Vatne  
Tiltaksgruppen AS Brusand  
Tryggheim Barne- og ungdomsheim  
Bergen Akuttsenter  
Bergen Ungdomssenter  
Bjørgvin Ungdomssenter  
Haugesund barnevernsenter  
KASA Ungdomssenter  
Nordfjord barne- og ungdomssenter  
Sandnes barnevernsenter  
Skjoldvegen Barnevernsenter  
Skåland ungdomssenter  
Sogn Barne- og ungdomssenter  
Stavanger Akuttsenter - ungdom  
Stavanger Barnevernsenter  
Sunnfjord Barne- og ungdomssenter

**ØST-NORGE:**

BUS- Barnevernets ungdomssenter  
Behandlingssenteret små enheter Bakkeveien  
Behandlingssenteret små enheter Elvestad  
Behandlingssenteret små enheter Myrhaug  
Behandlingssenteret små enheter Sjøvollveien  
10a  
Behandlingssenteret små enheter Sjøvollveien  
10b  
Behandlingssenteret små enheter Sjøvollveien 8a  
Behandlingssenteret små enheter Sjøvollveien 8c  
Behandlingssenteret små enheter Søly  
Behandlingssenteret små enheter  
Thorneløkkeveien  
BOenheten RØ BOenheten- Oslo  
Brusetkollen barnevernsenter  
Fagertun hybelhus  
Fossumkollektivet  
Heggeli barnevernsinstitusjon  
Hugin barneverntiltak  
Joli ungdomshjem/gård  
Klokkergården RØ Klokkergådenkollektivet  
Klokkergården RØ Nyseterkollektivet  
Klokkergården RØ Torpet korttidsavdeling  
Krageviken AS  
Lillebo ungdomshjem  
Motivasjonskollektivet  
Nordre Kråkerud gård  
Oasen Ressurscenter  
Rena ungdom- og familiesenter

Soldammen Gård  
Solgry barne og ungdomshjem  
Solhaugen Miljøhjem og skole  
Stiftelsen Milepælen  
Varphaugen ungdomshjem  
Alfheim Ungdomshjem  
Fjellet ungdomshjem  
Follo akutt- og korttidsinstitusjon  
Grue Barnevernsenter  
JIBBE Ungdomssenter  
Jong ungdomshjem  
Lierfoss barne- og ungdomshjem  
Mjøsvoll ungdoms og familiesenter  
Sarpsborg barne- og ungdomshjem  
Skiptvet omsorgssenter  
Sole utredningssenter  
Stange ungdomshjem  
Tjernlia akuttsenter  
Tune  
Vien-senteret  
Ås ungdomssenter  
Aleris Ungplan & BOI AS RO Hamangskogen  
bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RO Huset  
bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RO Zinoverveien  
bofellesskap  
Aleris Ungplan & BOI AS RØ Blomsterkroken  
bofellesskap



## Vedlegg 7: Påminnelse til ledere som ikke hadde gitt tilbakemelding

### Til deg som er leder ved en barnevernsinstitusjon!

For en tid tilbake fikk du en e-post med tittelen «Undersøkelse om selvopplevd kunnskap og kompetanse i psykiatri i barnevernsinstitusjonene i Norge». Her informerte jeg om at jeg i forbindelse med min masteroppgave i psykisk helsearbeid vil gjøre en undersøkelse som kartlegger ansattes opplevde kunnskap og kompetanse i psykiatri i de norske barnevernsinstitusjonene.

Fristen for å delta i undersøkelsen ble først satt til 25.01.13. I håp om å få flere svar har denne fristen nå blitt utvidet til 08.02.13.

Jeg ønsker å kartlegge hvordan profesjonelle selv opplever egen kunnskap og kompetanse i psykiatri. Dette i lys av kompetansehevings-debatten som har foregått på feltet i den senere tid. Dette mener jeg er viktig både i forhold til hvordan profesjonelle mestrer sin arbeidshverdag, og hvilken hjelp beboere på institusjonene tilbys.

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å besvare med denne undersøkelsen er: *Hvordan opplever de profesjonelle i Norges barnevernsinstitusjoner sine egne kunnskaper og kompetanse knyttet til barn og unge med psykiske belastninger?*

Dersom du i forrige runde ikke videresendte det vedlagte informasjonsskrivet til dine ansatte, ville jeg satt stor pris på om du ville gjøre det i denne omgang. Jeg lurer på om du som leder kan videresende vedlagte tekst, som inneholder en link til spørreskjema, til dine ansatte som har fullført utdanning som barnevernspedagog, sosionom eller vernepleier. Dette fordi jeg håper at de kan gi verdifull informasjon til dette viktige temaet jeg ønsker å belyse med min masteroppgave.

Det vil ta ca. 15-20 minutter å svare på spørreskjemaet. Dine ansatte vil få spørsmål knyttet til generelle kunnskaper i psykiatri, samt spørsmål som berører hvordan de opplever sin kompetanse i møte med barn og unge med psykiske belastninger. Dine ansatte vil få informasjon om undersøkelsen, konfidensialitet, frivillighet og trekkmuligheter.

Veileder for prosjektet er professor Per Nerdrum ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Prosjektet planlegges avsluttet 15. mai 2013.

Dersom du har videresendt informasjonsskrivet til dine ansatte, ber jeg deg om å sende meg en mail med informasjon om hvor mange du har sendt dette til. Dette for å kunne beregne svarprosent.

Jeg gir gjerne mer informasjon om undersøkelsen dersom du har noen spørsmål. Dersom du skulle ha mottatt denne e-posten uten at du er rette vedkommende, ber jeg deg også om å ta kontakt, eventuelt med e-postadresse til den som for tiden er leder ved din institusjon.

Jeg kan kontaktes på e-post [s168286@stud.hioa.no](mailto:s168286@stud.hioa.no)

På forhånd, takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Ingvill Karine Velde

Vedlagt tekst:

### **Til deg som arbeider på barnevernsinstitusjon!**

Jeg er student på masterstudiet i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I forbindelse med min masteroppgave skal jeg foreta en undersøkelse som kartlegger ansattes opplevde kunnskap og kompetanse i psykiatri i de norske barnevernsinstitusjonene.

Jeg har fokus på barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere i denne undersøkelsen. Du har fra din leder fått videresendt dette skrivet med link til undersøkelsen. Jeg håper at du kan gi verdifull informasjon til dette viktige temaet jeg ønsker å belyse med min masteroppgave.

Jeg ønsker å kartlegge hvordan profesjonelle selv opplever egen kunnskap og kompetanse i psykiatri. Dette i lys av kompetansehevings-debatten som har foregått på feltet i den senere tid.

Dette mener jeg er viktig både i forhold til hvordan profesjonelle mestrer sin arbeidshverdag, og hvilken hjelp beboere på institusjonene tilbys.

Forskningsspørsmålet jeg ønsker å besvare med denne undersøkelsen er: *Hvordan opplever de profesjonelle i Norges barnevernsinstitusjoner sine egne kunnskaper og kompetanse knyttet til barn og unge med psykiske belastninger?*

Det vil ta ca. 15-20 minutter å svare på spørreskjemaet. Du vil få spørsmål knyttet til generelle kunnskaper i psykiatri, samt spørsmål som berører hvordan du opplever din kompetanse i møte med barn og unge med psykiske belastninger. Frist for å svare på undersøkelsen er 08.02.13.

Deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Dine svar er konfidensielle. Jeg får ikke vite hvem som har svart på undersøkelsen. Dersom du velger å delta, og det er noen av spørsmålene du ikke ønsker å svare på er det helt i orden, hopp da over til neste spørsmål. Dersom du velger å trekke deg i løpet av undersøkelsen vil svarene du har gitt bli slettet fra materialet. Alle logger med svar i Questback vil bli slettet ved undersøkelsens slutt.

Veileder for prosjektet er professor Per Nerdrum ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Prosjektet planlegges avsluttet 15. mai 2013.

Jeg gir gjerne mer informasjon om undersøkelsen dersom du har noen spørsmål. Jeg kan kontaktes på e-post [s168286@stud.hioa.no](mailto:s168286@stud.hioa.no)

Gå inn på denne linken for å svare på undersøkelsen:

<https://response.questback.com/ingvillkarinevelde/j1bsckzv2q/>

På forhånd, takk for hjelpen!

Vennlig hilsen

Ingvill Karine Velde

## **Vedlegg 8: Påminnelse til ledere som hadde videreformidlet undersøkelsen**

Hei igjen!

Det har kommet inn en del svar i undersøkelsen om selvopplevd kunnskap og kompetanse i psykiatri i barnevernsinstitusjonene i Norge, men det er også mange som ikke har svart.

Svarfristen ble først satt til 25.01.13. I håp om en høyere svarprosent, har svarfristen nå blitt utvidet til 08.02.13.

Ettersom jeg ikke har mulighet til å vite hvem som har svart og ikke, håper jeg at du kan videresende en generell purremelding til de samme ansatte som du sendte informasjonsskrivet til i forrige runde.

På forhånd, takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Ingvill Karine Velde

Vedlagt tekst:

Hei!

For en tid tilbake fikk du videresendt et informasjonsskriv fra din leder, med forespørsel om å delta i en undersøkelse om selvopplevd kunnskap og kompetanse i psykiatri i barnevernsinstitusjonene i Norge.

Ettersom jeg ikke har mulighet til å vite hvem som har svart og ikke, mottar du derfor dette purrebrevet.

Dersom du allerede har svart på undersøkelsen: Takk for at du tok deg tid til å svare! Du kan se bort fra denne e-posten.

Dersom du ikke har svart på undersøkelsen: I håp om en høyere svarprosent, har svarfristen nå blitt utvidet til 08.02.13. Du har mulighet til å svare på undersøkelsen frem til 08.02.13.

Det vil ta ca. 15-20 minutter å svare på spørreskjemaet. Du vil få spørsmål knyttet til generelle kunnskaper i psykiatri, samt spørsmål som berører hvordan du opplever din kompetanse i møte med barn og unge med psykiske belastninger.

Deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Dine svar er konfidensielle. Jeg får ikke vite hvem som har svart på undersøkelsen. Dersom du velger å delta, og det er noen av spørsmålene du ikke ønsker å svare på er det helt i orden, hopp da over til neste spørsmål. Dersom du velger å trekke deg i løpet av undersøkelsen vil svarene du har gitt bli slettet fra materialet. Alle logger med svar i Questback vil bli slettet ved undersøkelsens slutt.

Veileder for prosjektet er professor Per Nerdrum ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Prosjektet planlegges avsluttet 15. mai 2013.

Jeg gir gjerne mer informasjon om undersøkelsen dersom du har noen spørsmål. Jeg kan kontaktes på e-post [s168286@stud.hioa.no](mailto:s168286@stud.hioa.no)

Gå inn på denne linken for å svare på undersøkelsen:

<https://response.questback.com/ingvillkarinevelde/j1bsckzv2q/>

På forhånd, takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Ingvill Karine Velde

## Vedlegg 9: Andre videreutdanninger og mastergrader blant respondentene\*

- Barn av psykisk syke foreldre, Høgskolen i Vestfold
- Barn og Traumer (10 stp)
- barnevern og etnisitet
- Holder på med familierapi
- Holder på med master i sosialfaglig arbeid
- Master i ledelse
- Friluftsliv
- Holder på vid. utd. i stress, traumatisk vold og selvmordsforebygging. Ferdig vår 2013.
- Videreutdanning i pedagogisk veiledning, Videreutdanning i familierapi
- Spesialpedagog
- Nettverksintervensjon (60 stp) og Master i sosialfaglig arbeid med barn og unge (hittil 75 stp)
- Viderutdanning i barnevern UIB
- Videreutdanning dualproblematikk rus/psykiatri
- Rusproblematikk
- 1 år med spesialpedagogikk
- videreutdanning i miljøterapi
- klinisk miljøterapi
- nettverksarb
- Videreutdanning i sosiale ferdigheter
- Familierapi
- Rusproblematikk 60 st.p
- rusproblematikk og sexologi
- videreutdanninger i rusproblematikk og fosterhjemsarbeid
- Coaching-ART-Sosialkompetanseheving 60 studiepoeng

- Masterkurs i "Kommunikasjon med barn/unge og foreldre i vanskelig livssituasjon"
- Hypnose, Psykodrama og systemiske familiekonstellasjoner
- veiledning, sosialpedagogikk, sosialpedagogikk
- Videreutdanning i Miljøterapi
- Veiledning og coaching fra HiOA 60 std p.
- 2.avd spes.ped og 2 år familieterapi
- pågående studie i spesialpedagogikk
- etterutdanning i rusproblematikk
- SEPREP, arbeid med menneske med alvorlig psykisk lidelse
- videreutdanning i klinisk miljøterapi RBUP
- Mastergrad i systemisk familieterapi
- Videreutdanning i familieterapi
- Holder på med viderutd. i Kognitiv Atferdsterapi, 30stp., eksamen vår 2013
- Holder på med videreutdanning i miljøterapi og ambulant arbeid med barn og unge.
- Videreutdanning innen rusproblematikk
- utemiljø med barn og unge 30 stp nettverksarbeid med barn og familier 30stp
- flerkulturell forståelse
- barnevern og etnisitet
- Klinisk videreutdanning i miljøterapi

\*Utdanningene er gjengitt ordrett slik respondentene oppga informasjonen.