

Både sosialarbeider og terapeut

**Sosionomers profesjonelle rolle i
psykisk helsevern for barn og unge**

av
Tor Fjeldstad

Masteroppgave

Masterstudiet i sosialt arbeid

Høgskolen i Oslo

Avdeling for samfunnsfag

Både sosialarbeider og terapeut?

**Sosionomers profesjonelle rolle i
psykisk helsevern for barn og unge.**

**av
Tor Fjeldstad**

Masteroppgave

Masterstudiet i sosialt arbeid

Høgskolen i Oslo

Avdeling for samfunnsfag

2007

Forord

Det er mange som fortjener for at denne masteroppgaven endelig blir ferdig. Det har vært en lang og vanskelig vei. Først skal Geir Høstmark Nielsen ha takk for at han satt meg på ideen om å videreføre arbeidet med sosionomrollen. Per Nerdrum skal ha takk for inspirerende undervisning i kvantitativ metode, noe som ga meg lyst til å arbeide mer med det. Veilederen min Helge Rønnestad, hadde en vanskelig oppgave med å veilede en som nok har litt for mange ideer og er vanskelig å styre. Takk for at du ga meg støtte og korreksjon, og velvillig delte med din store erfaring.

Asle, sønnen min, skal ha takk for uvurderlig hjelp til innlegging av dataene i SPSS. Takk til Asbjørn Johannessen ved HiO og statistikerne Torbjørn Torsheim og Stein Atle Lie for ved Unifob helse for svar på mange spørsmål om statistikk og metode, og særlig til Torbjørn for hjelp med faktoranalyser. Takk til personalet og ledelsen ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Unifob helse i Bergen for både økonomisk og praktisk støtte til gjennomføring av spørreundersøkelsen. Takk til Voss sjukehus, BUP for at jeg fikk permisjon til å skrive i innspurten.

En stor takk til alle informantene som har brukt timer på å svare på spørreskjemaet og tålmodig har ventet på resultatet.

Og så skal Oddny ha den største takken for stor tålmodighet, mye oppmuntring og støtte underveis. Jeg har gjennomført masterutdanningen på "fritida" ved siden av full jobb, så nå gleder jeg meg til å ta del i familielivet på ordentlig igjen.

Tor Fjeldstad

Voss, november 2007

Innhold

FORORD	1
SAMMENDRAG	4
SUMMARY	5
KAPITTEL 1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVE	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING/TEMA.....	8
1.3 BEGREPSAVKLARINGER OG DEFINISJONER.....	8
1.4 OPPGAVENS UTFORMING	9
KAPITTEL 2. SOSIALT ARBEID SOM FAG OG PROFESJON	11
2.1 HVA ER SOSIALT ARBEID?.....	11
2.2 SOSIALT ARBEID I GRENSELAND OG SOSIALT ARBEIDS GRENSER.....	12
2.3 SOSIALT ARBEID SOM FAG	13
2.4 SOSIALT ARBEID SOM PROFESJON	15
2.5 SOSIALT ARBEIDS TEORI- OG VERDIGRUNNLAG	18
2.5.1 <i>Klinisk sosialt arbeids teoritilfang</i>	18
2.5.2 <i>Verdier</i>	20
2.6 SOSIALT ARBEIDS Plass I DE TVERRFAGLIGE TEAMENE I BUP	22
KAPITTEL 3. METODE	26
3.1 ROLLE, IDENTITET OG KOMPETANSE.....	26
3.1.1 <i>Tidligere forskning</i>	27
3.2 VALG AV METODE.....	27
3.3 ETISKE VURDERINGER	29
3.4 DATAANALYSE	29
3.4.1 <i>Beskrivende analyser</i>	30
3.4.2 <i>Mønstre av sosialarbeideridentitet i datamaterialet</i>	31
KAPITTEL 4. SPØRREUNDERSØKELSEN – RESULTATER OG DRØFTING	36
4.1 DATAKVALITET	36
4.1.1 <i>Frafall</i>	36
4.1.2 <i>Valide svar</i>	38
4.2 HVEM VAR SOSIONOMENE?.....	38
4.3 HVA SLAGS PROFESJONELL BAKGRUNN OG ERFARING HADDE SOSIONOMENE?.....	39
4.3.1 <i>Utdanning</i>	40
4.3.2 <i>Veiledning</i>	42
4.3.3 <i>Profiler av erfaring og utdanning</i>	43
4.4 HVA SLAGS STILLING HADDE SOSIONOMENE, OG HVOR ARBEIDET DE?.....	44
4.4.1 <i>Betegnelse på stilling og profesjonell bakgrunn</i>	45
4.4.2 <i>Antall ansatte, andel sosionomer og lederskap</i>	46
4.4.3 <i>Bruk av arbeidstid på ulike arbeidsoppgaver</i>	47
4.5 HVEM ARBEIDET SOSIONOMENE MED, OG HVORDAN ARBEIDET DE?	48
4.5.1 <i>Antall saker</i>	48
4.5.2 <i>Målgruppe for arbeidet</i>	49
4.5.3 <i>Alder på aktuell klientgruppe</i>	50
4.5.4 <i>Funksjonsnivå / grad av forstyrrelse</i>	51
4.5.5 <i>Behandlingsform</i>	52
4.5.6 <i>Samarbeid med andre instanser</i>	53
4.5.7 <i>Bruk av juridisk kunnskap</i>	55
4.6 HVILKEN FAGLIG/TEORETISK PROFIL HADDE SOSIONOMENE?.....	56
4.6.1 <i>Teoripåvirkning over tid</i>	56
4.6.2 <i>Påvirkning fra teorier og metoder</i>	57
4.6.3 <i>Opplevelse av ansvar og kompetanse</i>	59
4.6.4 <i>Forhold som bidrar til psykososiale problemer</i>	61
4.7 SENTRALE FUNN I UNDERSØKELSEN	64

KAPITTEL 5. KONKLUSJON OG NYE FORSKNINGSSPØRSMÅL	69
LITTERATURLISTE	71
VEDLEGG:	I
LISTE OVER TABELLER I OPPGAVEN	I
5.1 LISTE OVER FIGURER I OPPGAVEN	II
FORESPØRSEL OM OVERSIKT OVER SOSIONOMER I BUP	III
FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT	V
TAKKE- OG PURREBREV	VII
SPØRRESKJEMA	VIII

Sammendrag

Med denne oppgaven ønsker jeg å bidra til å belyse hvordan sosionomer som arbeider i tverrfaglige team i psykisk helsevern for barn og unge de faglige (BUP) har utformet sine profesjonelle roller. Disse rollene er noe uklare, og det bidrar kanskje til at sosionomers andel av stillinger har gått ned de siste årene.

Forskningsspørsmålet jeg vil undersøke er: Hvilken sammenheng er det mellom sentrale kjennetegn ved sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag og sosionomers praksis i psykisk helsevern for barn og ungdom? Det kan presiseres i tre delspørsmål: 1) Hvordan kan sosialt arbeid i BUP konseptualiseres? 2) Hva kjennetegner gruppen sosionomer i BUP? 3) Hva kan en se av sammenhenger mellom teori og praksis?

Jeg har valgt å bruke kvantitativ forskningsmetode i form av en surveyundersøkelse med alle sosionomer i BUP i Norge som utvalg. Undersøkelsen bygger på DPPCQ, som er et spørreskjema brukt i forskning på terapeuters faglige og profesjonelle utvikling i flere land. Jeg har supplert dette skjemaet med spørsmål som spesifikt tar for seg hvordan sosialt arbeid kommer til uttrykk i klinisk praksis. Disse tilleggene har jeg arbeidet fram gjennom å diskutere sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag. Jeg har i tillegg i oppgaven belyst sosialt arbeid som profesjon og selvstendig fag, og drøftet hvordan dette påvirker faget.

Jeg har i undersøkelsen lagt vekt på forholde meg til sentrale trekk ved sosialt arbeid, og jeg har ikke forsøkt å trekke grenser mot andre fag. Undersøkelsen viser at det er særtrekk ved sosialt arbeid som viser seg igjen i hvordan sosionomer i BUP presenterer sin praksis. Ved hjelp av faktoranalyser har jeg funnet flere dimensjoner som preger klinisk sosialt arbeid. Den ene går fra å være sosialarbeider til å være terapeut og den andre fra å arbeide med barn til å arbeide med voksne. Jeg har også sett på korrelasjoner mellom teoretisk påvirkning og dimensjoner av samarbeid, kunnskap om lover og opplevelse av ansvar og kompetanse.

Undersøkelsen viser at det er behov for mer forskning om klinisk sosialt arbeid, både mer utdypende forskning enn det jeg har gjort, mer sammenlignende forskning av sosialt arbeid på flere arenaer og sammenlignende i forhold til andre fag og profesjoner. Slik kan vi komme fram til et klarere bilde av hva klinisk sosialt arbeid er.

Summary

This thesis aims to clarify how social workers in interdisciplinary teams in Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) have formed their professional roles. These roles are often undefined, and this can be why social workers are losing positions.

The questions I have asked are: *Which connections can be found between how social workers practice in mental health services for children and adolescents and the theories and values that social work traditionally are based on.* To put it more precisely: 1) *How can social work in Child and Adolescent Mental Health Services be conceptualised?* In addition 2) *What do social workers as a group in Child and Adolescent Mental Health Services have in common?* 3) *Is it possible to find any connection between social work theory and its practice?*

To answer these questions I have used quantitative research methods. I performed a survey investigation that included all social workers in CAMHS in Norway. My survey is based on the DPPCQ, which is a questionnaire used in several countries in research concerning therapists development. I have added some questions specifically aimed at clinical practice in social work, which are based on social works theories and values.

In my thesis, I have also tried to shed some light on whether or not social work is an independent profession, with its own theory, and discussed how this influences the profession. In my survey, I concentrate on central hallmarks of social work, and I have not made any attempts to draw the lines between social work and other professions.

The survey shows that some hallmarks demonstrate how social workers present their practice. Through factor analysis, I have found some dimensions that characterise therapeutic social work. One goes from social worker to therapist, and another goes from working with children to working with adults. I have also looked at correlations between theoretical influence and dimensions of cooperation, use of knowledge of relevant laws and experience of competence and responsibility.

The survey shows that more, and more thorough, research on clinical social work is necessary. There is also a need for more comparative research, between social work and related professions and fields. This could give us a more complete picture of what clinical social work include.

Kapittel 1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

Jeg vil først skrive litt om min bakgrunn for å skrive denne oppgaven. Jeg ble utdannet sosionom i 1981. I 1993 begynte jeg å arbeide ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ved Voss sjukehus, og startet samtidig på videreutdanning for å bli klinisk sosionom i barne- og ungdomspsykiatri. Jeg hadde til da arbeidet i ungdomsklubb, utekontakt, sosialomsorg og barnevern. Fra 1998 til 2001 var jeg seminarleder ved den kliniske videreutdanningen for sosionomer ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion vest (RBUP-V) i Bergen, og fra 2001 til 2006 var jeg undervisningsleder samme sted. I 2006 var jeg tilbake som klinisk sosionom ved BUP, Voss sjukehus, kombinert med en bistilling som seminarleder i familierapi ved RBUP-V.

Når jeg kom over i helsevesenet i 1993 var overgangen til arbeid i tverrfaglige team stor. Jeg var vant til at min kompetanse var anerkjent og selvfølgelig i de kontekstene jeg arbeidet, og at jeg følte meg "hjemme" på jobben. Men i helsevesenet opplevde jeg at jeg måtte godtgjøre at min kompetanse var nødvendig og verdt noe i det arbeidet teamet som helhet skulle utføre. Jeg opplevde at det var vanskelig å være klar og forståelig når jeg skulle si noe om hvorfor de ulike faggruppene var representert i tverrfaglige team i psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP¹), og det virket som om det var særlig vanskelig å begrunne sosionomers deltakelse. Uklarheten omkring begrunnelsen for faggruppene eller profesjonenes deltakelse finnes nok i stor grad ennå. Men for meg har det blitt noe klarere gjennom klinisk praksis og ved at jeg har presentert og drøftet temaet i undervisning og på konferanser, og skrevet artiklene *Bruk sosionomkompetansen!* (Fjeldstad 1999:529) og *Kliniske sosionomer i barne- og ungdomspsykiatrien* (Fjeldstad 2002).

I 1999 og 2000 var det tre konferanser initiert av Sosial og helsedirektoratet (SHdir) for å avklare BUPs kjerneområder og kompetansebehov. Profesjoner og teamsammensetning ble en viktig del av diskusjonene på disse konferansene. Konferansene bygde bl.a. på føringene som var nedfelt i St meld nr 25, (1996–97): *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Sosial- og helsedepartementet 1997), St.prp. nr. 63:(1997–98), *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006* (Sosial- og helsedepartementet 1998).

¹ Offentlige dokument har gått fra å kalle fagområdet for barne- og ungdomspsykiatri – forkortet til BUP, til å kalle det psykisk helsevern for barn og ungdom. Det er ikke innarbeidet noen ny forkortelse, så i oppgaven bruker jeg forkortelsen BUP.

Konferansene kom på et tidspunkt da det var store forventninger til fagfeltet om at det skulle øke produksjonen, gjøre strukturelle og kulturelle endringer og se på sin egen virksomhet med et kritisk og konstruktivt blikk.

På bakgrunn av bl.a. disse tre konferansene utarbeidet Lars Hammer og Svein Staff en rapport som behandlet aktuelle og framtidige kompetansebehov i psykisk helsevern, og som i 2001 ble utgitt av Statens helsetilsyn (Statens helsetilsyn 2001c). Samtidig ble det utført en undersøkelse av de kliniske videreutdanningene ved de fire regionsentrene for barne- og ungdomspsykiatri (RBUP)¹ (Danielsen 2000). Disse to rapportene ble presentert på en ny konferanse som ble holdt i oktober 2000 ved RBUP i Tromsø. Rapportene ble kommentert med innlegg om kompetansebehov sett fra ulike perspektiv: SHdir, forskning, utdanning, det kliniske fagfeltet og brukerperspektiv. I tillegg presenterte en representant for hver av faggruppene lege, psykolog, sosionom, pedagog og miljøterapeut hvordan de så sin gruppes bakgrunn og utdanning i forhold til kompetansebehovene i fagfeltet.

Det var vanskelig for alle faggruppene å være entydige og klare i hva som var det unike med deres bidrag, men det interessante var at språkbruken, og måten presentasjonen ble opplevd av forsamlingen, var forskjellig. Særlig hadde legen en stil som ble oppfattet som trygg og etterlot liten tvil om denne faggruppens berettigelse. Det samme gjaldt psykologen, miljøterapeuten og pedagogen selv om disse framstod som mindre klare med tanke på sin spesifikke kompetanse. Men sosionomen klarte ikke i samme grad å formidle sin rolle. Jeg tror forskjellene i liten grad var uttrykk for personlige egenskaper hos de som presenterte, men at det var et mer generelt uttrykk for hvordan faggruppene framstår i fagfeltet.

Opptappingsplanen hadde på dette tidspunktet stoppet noe opp i Helse vest. I tillegg til generelt færre nye stillinger, så det ut for meg som om antall sosionomstillinger ikke økte i samme takt som andre fagstillinger. Det var flere eksempler på at stillinger for kliniske sosionomer ble erstattet av psykologstillinger. Når jeg så denne utviklingen sammen med erfaringene fra konferansene i 1999/2000, undret jeg meg over hva som kunne gjøres for å styrke det sosialfaglige perspektivet og dermed sosionomers rolle i BUP. Når jeg startet på Master i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo i 2003, var det derfor nærliggende for meg å gå videre på dette temaet.

¹ Betegnelsen og navnene ble i tråd med den offisielle endringen av betegnelsen på fagfeltet senere endret til Regionsenter for barn og unges psykiske helse, med samme forkortelse.

1.2 Presentasjon av problemstilling/tema

Med denne oppgaven ønsker jeg å utvide kunnskapen om sosionomer som arbeider i tverrfaglige team innen psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP) gjennom å beskrive og analysere de som gruppe, deres arbeidskontekst, yrkesrolle, kompetanse og utøvelse av sosialt arbeid. De få beskrivelsene jeg har funnet av sosionomers rolle i tverrfaglige team, er fra andre kontekster (Kronstad 2002; Enggrav 2006) eller er mer generelle beskrivelser av psykososialt arbeid (Aamodt 1995; Halleraker og Uchermann 1998). Disse er basert enten på praksiserfaringer eller kvalitative undersøkelser. Jeg har valgt å benytte kvantitativ metode, i håp om at jeg på denne måten skal bidra med nye perspektiver til diskursene i og om sosialt arbeid (Levin 2001).

I tillegg til å gi en beskrivelse av gruppen sosionomer i BUP, ønsker jeg å analysere sammenhenger mellom det en kan konseptualisere som klinisk sosialt arbeid i BUP og det sosionomene selv rapporterer at de gjør. Forskningsspørsmålet kan formuleres som: *Hvilken sammenheng er det mellom sentrale kjennetegn ved sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag og sosionomers praksis i psykisk helsevern for barn og ungdom?* Det kan presiseres i tre delspørsmål: 1) *Hvordan kan sosialt arbeid i BUP konseptualiseres?* 2) *Hva kjennetegner gruppen sosionomer i BUP?* 3) *Hva kan en se av sammenhenger mellom teori og praksis?*

Forskningsspørsmålet forutsetter at det er mulig å identifisere noen "sentrale kjennetegn" som er egnet til å få fram det særegne ved sosialt arbeid til forskjell fra andre faggrupper. Derfor vil jeg fokusere på det som er *spesielt* for faget sosialt arbeid innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom, og ikke på *grenseområdene* mot andre fag. Det er ikke inklusjons- eller eksklusjonskriterier for sosialt arbeid jeg vil forsøke å få fram. Levin (2001:296) skriver: "Ofte får man best tak i innholdet i et fenomen ved å se på dets grenser". Dette kan være riktig når en vil avgrense et fenomen. Det er ikke formålet med mitt prosjekt, så når jeg her skal undersøke et fenomen med uklare grenser, mener jeg det er mer fruktbart å se på fenomenets særpreg.

1.3 Begrepsavklaringer og definisjoner

I oppgaven refererer jeg til sosialarbeidere, sosialarbeiderteori og sosialt arbeid som fag. I Norge har vi to yrkesgrupper som kaller seg sosialarbeidere: sosionomer og barnevernpedagoger. Går vi ut over Norges grenser, vil vi i tillegg finne betegnelser som socialpedagog (Danmark) og community educator (Skottland). Selv om vernepleiere er

organisert i samme fagforening som sosionomer og barnevernpedagoger (FO), er de i de fleste sammenhenger klassifisert som helsearbeidere. Det jeg skriver om sosialarbeidere vil i stor grad også omfatte barnevernpedagoger, men jeg vil bare forholde meg til sosionomer i oppgaven. Det ligger ikke i det en diskvalifisering av barnevernpedagoger, snarere en erkjennelse av at det kanskje er sosionomene som er sterkest berørt av komplikasjonene når det gjelder profesjon, yrke og funksjon.

Med *sosionom*, menes i oppgaven person som er utdannet sosionom ved norske eller utenlandske utdanningsinstitusjon. Når jeg skriver om sosionomer i BUP, mener jeg i hovedsak sosionomer som arbeider i behandlerstillinger i poliklinikker eller tilsvarende stillinger i dag-/døgnavdelinger. Jeg inkluderer ikke sosionomer som arbeider i miljøterapeutstillinger, da disse har en noe annen profesjonell rolle og andre oppgaver.

I denne sammenhengen avgrensner jeg fag- og tjenesteområdet *Psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP)* til poliklinikker, ambulante tjenester og dag/døgnavdelinger drevet etter Lov om spesialisthelsetjenesten i offentlige helseforetak eller andre virksomheter som helseforetakene har avtale med. Det omfatter ikke virksomheter som drives av Bufetat, kommunale tjenester eller private tjenester uten avtale med helseforetak.

Sosialt arbeid skal i oppgaven forstås som profesjonelt arbeid utøvd av fagutdannede sosialarbeidere. Jeg vil senere i oppgaven komme tilbake til en mer utdypende definisjon av faget sosialt arbeid.

Jeg bruker i oppgaven begrepene *pasient*, *klient*, *terapeut* og *behandler*. Det finnes ikke faste definisjoner av disse begrepene, men jeg vil bruke de slik: *Pasient* er en person som er henvist til BUP (eller andre helsetjenester). *Klient* bruker jeg om både barn og foreldre (eventuelt utvidet familie og nettverk) som er i direkte kontakt og i det en kan kalle terapeutiske samtaler med ansatte i BUP. *Terapeut* og *behandler* brukes synonymt, men *terapeut* er mest brukt fordi mange av begrepene som knyttes til arbeidet i BUP inneholder ordstammen *terapi*. *Terapeut* og *behandler* brukes om personer som utfører terapeutisk arbeid, det vil si alle medlemmer i tverrfaglige team i BUP (unntatt merkantilt personale).

1.4 Oppgavens utforming

Innledningsvis i oppgaven vil jeg drøfte hva sosialt arbeid er, både som profesjon, fagfelt og selvstendig akademisk teoriområde. Hensikten med det er å arbeide meg fram mot hvilke

praktiske uttrykk for sosialt arbeids teorigrunnlag en kan forvente å finne i sosionomers arbeid i BUP. Jeg vil så gjøre rede for sosialt arbeids plass i BUP, hvilke utviklingstrekk jeg ser og hvordan det preger sosionomers yrkesutøvelse. Dernest vil jeg presentere undersøkelsen og drøfte hvordan respondentenes bakgrunn og praksis preges av sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag. Til sist vil jeg antyde mulige implikasjoner funnene kan ha for videre kompetanseutvikling og faglig profilering av sosialt arbeid i BUP.

Jeg vil i liten grad skrive om den historiske utviklingen til sosialt arbeids teori og praksis. Jeg vil bygge på det andre har skrevet av om dette (se f.eks. Soydan 1999; Holosko 2003; Levin 2004; Kokkinn 2005; Payne 2005b), og i hovedsak forholde meg til beskrivelser av psykososialt arbeids teori og praksis fra den senere tid.

Jeg har så sant der er mulig brukt primærreferanser. Der disse ikke har vært å få tak i, har jeg brukt sekundærreferanser, og de er da satt i relasjon til primærreferansen. En del av den eldre litteraturen (bøker) er funnet som elektroniske bøker på Universitetet i Bergens ebrary-abonnement (<http://site.ebrary.com/lib/bergen>). Sitater fra engelskspråklig referanselitteratur har jeg oversatt selv, men med referanse til sidetall i originalbøker/artikler. Referanser til nettsider og andre elektroniske ressurser har jeg oppgitt med full nettadresse.

I metode- og resultatdelen av oppgaven bruker jeg mange begreper hentet fra statistiske analyser gjort i SPSS 15.0. Disse er i utgangspunktet i engelsk språkdrakt, og det er ikke alle som er lette å oversette. Leseren vil derfor finne noe blanding av engelsk og norsk i denne delen, og jeg beklager hvis jeg ikke har klart å være konsistent i begrepsbruken.

Kapittel 2. Sosialt arbeid som fag og profesjon

2.1 Hva er sosialt arbeid?

International Federation of Social Workers (2005) beskriver tre *hovedmål* for sosialarbeiderprofesjonen; *sosial endring, problemløsning i mellommenneskelige relasjoner og myndiggjøring og frigjøring for å bedre velferd*. I beskrivelsen av sosialt arbeids teori er det også en form for målsetting, inndelt i tre nivå: *individuelle endringer, endringer i organisering og sosiale og kulturelle endringer* (op.cit.).

Beskrivelsen i IFSWs definisjon av sosialt arbeids *teori* er åpen og inkluderende i forhold til andre fag, og profilerer ingen teoretiske fundament utviklet innenfor sosialt arbeid.

Definisjonen inkluderer " teorier om menneskelig utvikling og atferd samt sosiale systemer". Det er to forhold som fremheves. Det ene er at "sosialt arbeid baserer sin metodologi på systematisk og empiri-basert kunnskap hentet fra forskning og praksisevaluering, og inkluderer lokal og overlevert kunnskap som er spesifikk for sin kontekst." (op.cit)

Det andre er at teorigrunnet "erkjenner kompleksiteten i samhandling mellom mennesker og deres miljø, og menneskers evne til både å bli berørt av og til å endre de mange påvirkninger de utsettes for, inklusive bio-psykologiske faktorer." (op.cit) Siden definisjonen er så inkluderende og dermed lite spesifikk, er det vanskelig å reversere definisjonen ved å beskrive hva som er ekskludert fra sosialt arbeids teori.

IFSWs definisjon inneholder også en beskrivelse av sosialt arbeids *praksis*. Denne sier at: "Sosialt arbeid forholder seg til de barrierer og den urettferdighet som eksisterer i samfunnet." Det gis ingen føringer for omfang eller alvorsgrad for hva sosialt arbeid skal forholde seg til. Sosialt arbeid forholder seg til "kriser og nødssituasjoner så vel som hverdagslige personlige og sosiale problemer". Det erkjennes at "praksis vil variere fra land til land og fra gang til gang avhengig av de kulturelle, historiske og sosio-økonomiske vilkår". Det er heller ikke avgrenset hvilke "ferdigheter, teknikker og aktiviteter" som tas i bruk, men tilfanget må være variert "i samsvar med dets helhetlige fokus på personer og deres miljø". Intervensjonene i sosialt arbeid "strekker seg fra hovedsakelig personorienterte psykososiale prosesser til deltaking i sosial politikk, planlegging og utvikling." I samsvar med målsettingen nevnes metoder som intervensjoner på alle nivå, for eksempel "rådgivning, (...) familiebehandling og terapi, formidling av ressurser, administrasjon, samfunnsorganisering og deltaking i sosiale og politiske aksjoner for å påvirke sosialpolitikk og økonomisk utvikling". (op.cit.)

IFSW definerer sosialt arbeid på en vid måte og inkluderer mye som andre profesjoner ville si var deres arbeidsområde. Denne definisjonen ville ikke være til hjelp hvis jeg skulle avklare grenser mot andre profesjoners arbeid. Dette er ikke ment som kritikk, men det er et helt sentralt eksempel på definisjonsproblemene i sosialt arbeid.

2.2 Sosialt arbeid i grenseland og sosialt arbeids grenser

Sosiologen Abraham Abbott har kommet med noen interessante bidrag til forståelse av hva sosialt arbeid er. I artikkelen *Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries?* (1995) presenterer han hvordan han gjennom et par tiår utviklet sine studier av sosialt arbeid som fagfelt. På 1980-tallet var Abbott influert av funksjonalismen i sosiologien og særlig Talcott Parsons (Parsons og Smelser 1966:70ff) teori om sosial organisering.

På grunnlag av denne teorien, kom Abbott fram til at de fire grunnleggende profesjonelle funksjonene for "menneskearbeidere" var: medisin for kroppen, psykiatri for personligheten, jus for det sosiale systemet og religion for det kulturelle systemet¹ (1995:549). Sosialt arbeid opplevde han som et slags femte hjul på vogna. Sosialarbeidere var markante aktører i det profesjonelle hjelpeapparatet, men passet ikke inn i modellen. Senere forkastet han Parsons modell som grunnlag for profesjonsanalyser, men den gav ham en oppfatning av at sosialt arbeid megler, oversetter og opererer mellom andre profesjoner.

Generelt, opplevde jeg at sosialt arbeid handlet om å bringe alle profesjonelle krefter sammen for å utforme og utnytte ressursene på best mulig måte for den enkelte klient. Derfor kom jeg tidlig fram til begrepet "sosialt arbeid med grenser" (social work of boundaries) (op.cit.)

Abbott beveget seg så fra å se på sosialt arbeid som arbeid med grenseoverganger til å studere *sosialt arbeids grenser*. Da så han at sosialt arbeid som de fleste andre profesjoner har uklare grenser i stadig bevegelse. Det som imidlertid var spesielt, var at sosialt arbeids kjerneområde var arbeid i grenseland.

Abbott brukte begrepet *profesjonell regresjon* i studiet av profesjoners utvikling. Det betyr at profesjoner har en tendens til å samle sin identitet rundt aktivitet som innebærer konsentrasjon om de "rene" og statuspregede oppgavene. For de fleste profesjoner fører dette til at det utvikler seg et eller flere høystatus kjerneområder, med et stort og variert omland av tilgrensende aktiviteter som mer eller mindre befatter seg med profesjonens kjerneområder.

¹ Abbott kommenter at dersom han på denne tiden hadde kjent til historien til det europeiske universitetssystemet, ville han valgt kunsthøgskole for det kulturelle systemet.

Hvordan fungerer så denne teorien for sosialt arbeid? Den tydeliggjør dilemmaet sosialt arbeid står overfor når det gjelder utvikling av identitet og status. Det kjerneområdet sosialt arbeid ble dannet rundt eller det tomrommet fagfeltet skulle fylle, var underprivilegerte eller sosialt marginaliserte menneskers behov for hjelp til å få tilgang på spesialiserte og profesjonelle tjenester og å gjøre seg nytte av disse. Sosialarbeidere som utfører fagets kjerneaktiviteter arbeider med befolkningsgrupper med lav status. Denne lave statusen "smitter". Så for sosialarbeidere er det ikke er mulig å konsolidere seg rundt kjerneområdet og samtidig oppnå høy status. Derfor beveger sosialarbeidere seg ut av eget kjerneområde for å oppnå status, for eksempel til ulike former for terapi, ledelse, konsulentvirksomhet og coaching (Specht og Courtney 1994). Dette gjør at spørsmålet om sosialt arbeids grenser mot andre profesjoner blir utfordret, og at vi konkurrerer på felles arenaer med mer statusunge profesjoner. Klinisk sosialt arbeid i BUP et eksempel på dette.

2.3 Sosialt arbeid som fag

I 2000 fikk vi ny fart i diskusjonen om sosialt arbeid som fag med artikkelen *Kampen om det sosiale arbeidets identitet* (Nygren 2000). Tittelen indikerer at Nygren betrakter arbeidet med å definere sosialt arbeid som en kamp, og på mange måter fikk han antakelsen bekreftet gjennom ordskiftet som fulgte. Nygren hevdet:

Et minimumskrav til et fag er at det har et klart avgrenset og definert *undersøkellesobjekt*. Når faget brukes av dets utøvere i en mer eller mindre institusjonalisert profesjonell praksis, har det også hva vi her skal kalle et *intervensjonsobjekt* ... (original utheving) (2000:30)

På den ene siden er den åpne og komplekse måten sosialt arbeid blir definert av IFSW, uforenlig med Nygrens krav. På den andre siden er det er i IFSWs definisjon et forsøk på å komme fram til de objektene som Nygren etterlyser, nemlig "de barrierer og den urettferdighet som eksisterer i samfunnet" (2005). Barriere betyr stengsel eller hindring, men der har også den karakteren at de befinner seg i grenseområder, og samsvarer på denne måten med Abbotts syn på at sosialt arbeid er arbeid med grenser.

Nygrens artikkel førte til en diskusjon i Embla (Hansen 2001; Oltedal 2001; Solem 2001; Weihe og Quereshi 2001; Fossetøl og Nyhus 2002). Det ble ikke tatt så vel i mot at Nygren som psykolog – riktignok professor i sosialt arbeid – kom med det som av flere ble oppfattet som kritiske innspill til sosialt arbeids teorigrunnlag. Det var særlig forsøket på å konseptualisere undersøkelses- og intervensjonsobjekt som ble kritisert. En hovedinnvending

var at det ville innsnevre sosialt arbeids grunnlag. Det ble imidlertid tatt vel i mot at diskusjonen om sosialt arbeids identitet ble reist.

Nygren skriver som et forslag til definisjon:

Det sosiale arbeidets undersøkelses- og intervensjonsobjekt er de sosiale fenomener som er gjenstand for sosialpolitikkenes tiltak med begrunnelse i at de representerer "problemer" i de sosialintegrative prosesser som enkelte individer og grupper av individer blir involvert i løpet av ulike livsfaser (2000:35).

Kan de sosialintegrative prosessene forstås som det grenselandet som Abbott skriver om, og som Nygren konkretiserer til de situasjonene der det oppstår problemer? Ragnhild Hansen (2001:56) foreslår *relasjoner* som undersøkelses- og intervensjonsobjekt. Hun skriver videre at *empowerment* (myndiggjøring) er et viktig sosialarbeiderbegrep, og etter min mening spiller myndiggjøring en viktig rolle i de sosialintegrative prosessene. Jeg oppfatter Nygrens definisjon eventuelt supplert med eller endret i samsvar med Hansens tanker, som grenseoverskridende i forhold til den enten–eller posisjonen som ofte oppstår når definisjoner drøftes. Slik todeling "tilslører (ofte) meir enn dei hjelper oss når vi skal rydde i ein situasjon eller identifisere eit fenomen" (Oltedal 2001:48).

Det kan være nyttig å arbeide med definisjoner, men at det ville være en ulykke for sosialt arbeid om en kom fram til *en* definisjon. Formålet må være å ha en levende diskusjon om innhold og teorigrunnlag i faget, og at det er åpenhet og toleranse slik at nye meninger kan vokse fram. Dett er i tråd med det Nygren (2000) nevner som viktige grunnlag for sosialt arbeids teori; symbolsk interaksjonisme og sosialkonstruktivisme. Oltedal er også inne på dette når hun skriver:

I ein meir postmoderne tilnærming til sosialt arbeid kan ein også avvise det å leite etter "essensen" i sosialt arbeid og seie at det finst ikkje noko som heiter sosialt arbeid uavhengig av den konteksten dette er konstituert innanfor (2001:48).

I en fagartikkel i Embla diskuterer Fossetøl og Nyhus (2002) om det er hensiktsmessig å streve etter det Nygren etterlyser, nemlig å definere sosialt arbeid etter samme krav som stilles til tradisjonelle akademiske fag. De hevder at "det er fåfengt å lete etter et avgrenset og tydelig definert objekt som kan bestemme praksistradisjonen sosialt arbeids egenart." De ønsker likevel å konstituere sosialt arbeid som vitenskap, men legger vekt på at det må gjøres på sosialt arbeids egenarts premisser. Det vil si at en tar hensyn til den sterke rolle etikk og praksishandling har i faget og til de skiftende kontekster og sammenhenger faget utøves i. Jeg vil kalle dette en vending i retning av situert eller lokal viten (Benhabib 1992; Asdal 1998).

Sosialt arbeid som fag oppstod i tomrommet som framkom i grenseområdene i sammenheng med profesjonaliseringen av andre funksjoner i samfunnet (Abbott 1995). Det sosiale arbeidet foregår *i og med* dette grenselandet. Sosialt arbeid er å arbeide med møtet mellom individ og samfunn, med individet som aktør i samspillet mellom ulike deler eller systemer i samfunnet og samfunnet som kontekst for individet. Sosialarbeidere har både individ og samfunn som sine undersøkelses og intervensjonsobjekter, og slik må det være siden det ikke eksisterer noen fysisk enhet i dette grenseområdet.

2.4 Sosialt arbeid som profesjon

Et spørsmål som dukker opp i kjølvannet av det jeg til nå har drøftet er: Er sosialt arbeid en profesjon? Og er det i det hele tatt fruktbart å stille et slikt spørsmål? Det er to prinsipielt ulike måter å bruke begrepet profesjon på. Den ene er som en generell betegnelse på et yrke eller fag uten at det stilles særlige krav til type eller form (*Bokmålsordboka* 2005). Den andre er som en klassifisering basert på et sett med kriterier knyttet til selvstendighet og vitenskapelighet i yrkesutøvelsen, slik det brukes i samfunnsvitenskapelige sammenhenger (Lauvås og Lauvås 2004).

Profesjonsforskeren og pedagogen Abraham Flexner holdt i 1915 et innlegg på The National Conference on Charities and Correction i USA (Flexner 1915) Flexner konkluderte med at sosialt arbeid ikke var en profesjon. Han begrunnet det med at det var vanskelig å avgrense faget og fagets mål, og at sosialt arbeid hadde et formidlende preg mer enn det var et selvstendig arbeid. Flexners tale og konklusjon har i sterk grad fått prege både diskusjonene omkring profesjonalisering og sosialarbeideres selvbilde.

Sosialt arbeid er et fag som i følge IFSWs definisjon (2005) omfatter tiltak på mange nivå og med varierte metoder og er dermed lite avgrenset. Det er også et særpreg at sosialarbeidere formidler kunnskap, ressurser og informasjon, og samarbeider med andre faggrupper for å gi klientene et helhetlig og sammenhengende tilbud. Ankepunktene til Flexner peker på den helhetlige, samarbeidende og systemorienterte innrettingen på sosialt arbeid, og derfor er det deler av sosialt arbeids *særpreg* han bruker som argument mot å kalle det en profesjon.

Ut fra andre definisjoner av profesjoner stilles det krav som vanskelig kan forenes med sentrale trekk ved sosialt arbeid. Det vil for eksempel være helt feil å si at sosialarbeidere benytter "metoder og teknikker som er spesielle for yrket". Dessuten vil jeg hevde at "selvstendighet, autonomi, tilstrebes i praktiseringen av yrket" (Thyness 1981:224 i Lauvås og

Lauvås 2004:89), strider mot grunnelementer i sosialt arbeid som fag. Derfor vil slike definisjoner av samme grunner som med Flexners definisjon, vanskelig kunne bidra til å definere sosialt arbeid som en profesjon.

Men det er mer åpne og inkluderende definisjoner som nærmer seg et syn på profesjoner som også omfatter sosionomer (Lauvås og Lauvås 2004:89-90).

Vi har en profesjon når 1) en bestemt langvarig utdanning erverves av 2) personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte 3) yrker som ifølge sosiale normer ikke kan fylles av andre personer enn de med denne utdannelsen (Torgersen 1972:10).

(En profesjon er) ... en yrkesgruppe med en bestemt utdanning som kvalifiserer til et kjerneyrke som gruppen har et visst monopol på å utøve, og som gir et grunnlag for å definere visse spørsmål som spesifikt faglige for gruppen (Knoff 1986:14).

Det vil likevel være feil å hevde at sosialarbeidere har *monopol på et yrke*. Det er i det hele tatt vanskelig å definere begrepet *yrke* innen de områdene der sosialarbeidere er ansatt. Hvis en for eksempel ser på det å være sosionom som et yrke, er det definert av utdanningen yrkesutøveren har, ikke funksjonen, og denne utdanningen gir ikke eksklusiv rett til noen form for stilling/funksjon.

En annen måte å definere eller avgrense et yrke, er å se på funksjon/stillingsbetegnelse. Stillingsbetegnelsene sosialkurator og sosialkonsulent sier lite om hvilken utdanning en person har, og stillingsbetegnelser som inneholder "sosionom" har i stor grad forsvunnet i løpet av de siste 20 årene. Et søk på NAV sitt nettsted, gav 122 funn for stilling for sosionom, men bare 13 av disse hadde "sosionom" i stillingsbetegnelsen, hvorav 9 var klart myntet bare på sosionomer. I annonser for stillinger som er aktuelle for sosionomer er det vanlig at det søkes etter en "person med høyere (helse- eller) sosialfaglig utdanning" uten at det er nærmere spesifisert hvilken utdanning som kreves. Derfor er det vanskelig å påstå at sosionomer har monopol på et kjerneyrke som ikke kan fylles av andre.

Jeg spurte om sosialt arbeid er en profesjon, og vil svare at det er en profesjon i betydningen en profesjonell yrkesutøvelse, men ikke i betydningen en yrkesgruppe definert etter kriterier for autonomi og eksklusivitet. Er det så i det hele tatt fruktbart å stille et slikt spørsmål? Det kan være konstruktivt å klassifisere noen yrkesgrupper som profesjoner og andre som semiprofesjoner eller ikke-profesjoner i noen sammenhenger, særlig der en drøfter status, makt, innflytelse og autonomi. Klassifisering som profesjon sier derimot ikke noe om yrkesgruppens samfunnsmessige verdi, kompetanse eller grad av spesialisering. Derfor er det ikke konstruktivt å vurdere yrkesgrupper som enten profesjon eller ikke-profesjon når slike

spørsmål diskuteres. Habenstein (1963) mener på et generelt grunnlag at det ikke er fruktbart å vurdere hjelpe-profesjoner ut fra kriteriet om de er profesjoner eller ikke, fordi det tar oppmerksomheten vekk fra formålet med profesjonene.

Butrym (1976:117) har en interessant diskusjon der hun drøfter ulemper og fordeler ved profesjonalisering. Hovedpoenget hennes er å problematisere den mulige konflikten mellom profesjonenes egeninteresser og interessene til de profesjonene skal tjene. Hun baserer seg på to utsagn om profesjoners særpreg. Det ene er hentet fra Merton (1960), som har en forståelse av at profesjoner består av de sosiale verdiene systematisk intellektuell kunnskap og teknisk kompetanse/opplært kapasitet, som kombineres for å " tjene andre: å hjelpe". Det andre er et utsagn fra Carr-Saunders og Wilson (1933:4) om at "en profesjon er et yrke basert på intellektuelle studier og opplæring i den hensikten å tilby faglige tjenester til andre mot et bestemt honorar eller godtgjørelse". Ved denne måten å tenke om profesjoner nedtones egeninteresse, selvstendighet og eksklusivitet. Den vekten som legges på det å hjelpe, gjør at dette ligger nær opp til det sentrale verdier for sosialarbeidere.

Jeg vil derfor hevde at det har vært positivt for sosialt arbeid som fag at vi ikke har blitt inkludert i det som har blitt definert som profesjoner basert på strenge kriterier. En kan undre seg over hva det ville gjort med faget om det hadde utviklet seg mer i retning av den formen for profesjon som legene eller arkitektene er og om det hadde vært mulig? Dersom sosialarbeidere hadde lagt vekt på de forholdene som kvalifiserer til å være en "klassisk" profesjon, ville de trolig samtidig utviklet større avstand til klientene, beveget seg vekk fra et systemperspektiv og vanskeliggjort et konstruktivt samarbeid med tilgrensende fag. Det er derfor et paradoks om sosialarbeidere på den ene siden har et ønske om å bli anerkjent som profesjon og på den andre siden har verdier som står i strid med sentrale kjennetegn på profesjoner.

Björkman (1982) foreslår to veier å gå for å motvirke uheldig utvikling i retning av større profesjonsmakt og de uønskede virkningene av profesjonalisering. Den ene er å øke brukernes medvirkning i utformingen av tjenestene. Den andre er å styrke den statlige styringen. Selv om det er mange forhold som kunne kritiseres i dagens norske psykiske helsevern, kan det se ut som om den norske staten i løpet av det siste tiåret har fulgt begge rådene gjennom blant annet Lov om pasientrettigheter og opprettelsen av helseforetakene.

Jeg ønsker med denne diskusjonen å tydeliggjøre hvorfor jeg ikke velger å lete etter klare avgrensninger av sosialt arbeid mot andre faggrupper. Sosialt arbeid er en aktivitet som har et medierende særpreg (Abbott 1995) og å studere sosialt arbeids grenser er lite hensiktsmessig fordi det er et fag eller en profesjonell aktivitet som ikke har de karakteristika som kjennetegner det som konvensjonelt kalles profesjoner. Abbotts forståelse tydeliggjør også at en ikke kan lete etter kjerneområdene for sosialt arbeid i de delene av faget som har høyest status, for eksempel i terapimetoder eller spesialiserte funksjoner. Kjerneområdene vil en heller finne ved å studere verdigrunnlaget og de generelle delene av sosialt arbeid.

2.5 Sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag

Sosialt arbeid bygger på en akademisk sosiologisk tradisjon og en sosial, medmenneskelig hjelpetradisjon. Det gjenspeiles i at sosialt arbeid i tillegg til det teoretiske grunnlaget har et uttalt verdigrunnlag som preger faget (Specht og Courtney 1994; Fellesorganisasjonen 2002b; Soydan 1999; Martinsen 2003). Verdigrunnlaget er ikke så omdiskutert som teorigrunnlaget, så dersom jeg skal få fram særtrekkene ved sosialt arbeid er det ikke nok å se på teoriene faget bygger på, men vel så viktig er det å ta utgangspunkt i verdigrunnlaget.

Teorier og verdier finner praktiske uttrykk i fagets målsettinger. Jeg vil basere meg på en liste med målsettinger for sosialt arbeids praksis som godt beskriver det særegne ved sosialt arbeid. Listen er utformet med utgangspunkt i Brieland (1990:134). Sosialt arbeids mål er å:

- bidra til å øke menneskers sosiale kompetanse og mestringsevne
- bidra til at mennesker får tilgang på ressurser
- legge til rette for konstruktiv kommunikasjon og samhandling mellom mennesker
- bidra til at organisasjoner og tjenester blir brukervennlige og tilgjengelige
- påvirke samhandling i systemer for å bidra til helhetlige og sammenhengende tjenester
- påvirke sosialpolitikken

Her vektlegges ikke teorigrunnlag eller metode. Listen er beskrivende i forhold til handlinger og mål, og har et hierarkisk preg ved at den beveger seg fra personen til sosialpolitikken som mål for arbeidet, og på denne måten ivaretar "*personen i situasjonen*".

2.5.1 Klinisk sosialt arbeids teoritilfang

Malcolm Payne (2005), har i *Moderen Social Work Theory* beskrevet 11 grove kategorier av teorier. Francis Turner (1996) har i *Social Work Treatment* listet opp 27 forskjellige metoder/teorier brukt i sosial behandling. Det er altså et stort antall teorier, modeller og

metoder som er i bruk i sosialt arbeid. Jeg har i undersøkelsen valgt å bruke et utvalg av teorier/terapiformer som jeg finner aktuelle for terapeutisk arbeid i BUP. Utvalget er basert på egen erfaring fra klinisk videreutdanning i barne- og ungdomspsykiatri og familierapi, *Kompetansebehov i psykisk helsevern* (Statens helsetilsyn 2001c) og rammeplanen for de kliniske videreutdanningene ved RBUPene (Fellesorganisasjonen 2002a).

The International Federation of Social Workers (IFSW) skriver at "sosialt arbeid benytter seg av teorier om menneskelig atferd og sosiale systemer for å intervensere på de punkter hvor mennesker samhandler med sine miljøer." Som jeg har nevnt har IFSW en svært vid definisjon, og det er derfor ikke mulig å beskrive et enhetlig teoretisk fundament.

Den generelle, teoretiske orienteringen som sosionomer kommer med når de starter å arbeide i BUP, kan best karakteriseres på grunnlag av rammeplanen for sosionomutdanningen. I denne beskrives det teoretiske grunnlaget i grupper av samfunnsfaglige, psykologiske og juridiske emner. I tillegg er sosialt arbeids grunnelementer og arbeidsmåter viktig emner i utdanningen uten at disse karakteriseres som egne teorier, jfr. diskusjonen om Sosialt arbeid som fag.

Teoretisk fundament, grunnutdanning for sosionomer (forskningsdepartementet 2005)			
Samfunnsvitenskapelige emner: stats- og kommunalkunnskap sosialpolitikk sosialøkonomi sosiologi og sosialantropologi sosialmedisin vitenskapsteori og forskningsmetode	Psykologiske emner: generell psykologi utviklingspsykologi sosialpsykologi klinisk psykologi psykisk helsearbeid	Juridiske emner: Rettssystemet juridisk metode forvaltningsrett sosialrett andre relevante rettsområder	Sosialt arbeid: – grunnelementer: sosialt arbeids teori, etikk og yrkesrolle kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning – arbeidsmåter: sosialt arbeid med enkeltpersoner, familier, grupper, organisasjoner og nettverk

I Norge har de kliniske videreutdanningene i stor grad preget teoritilfanget til sosionomer som arbeider i BUP. Tilbudet ved Nic Waals institutt som ble videreført ved RBUP-ene har vært sentralt i dette. Denne utdanningen var lenge basert på en kombinasjon av psykodynamisk orientert psykososial teori for det profesjonsspesifikke seminaret, og systemisk familieteori for det tverrfaglige familieseminaret. Denne kombinasjonen har også vært et dominerende fundament for faget internasjonalt (Bernler og Johnsson 1988; Woods og Hollis 2000). I tillegg ble det etter hvert økende fokus på teoretiske emne fra nyere forskning, som tilknytningsteori, spedbarnspsykologi, utviklingspsykologi, nevropsykologi. Slik jeg oppfattet det, var det ikke flere emner som rettet seg mer spesifikt mot sosialt arbeid som fikk større plass, med unntak av at nettverksarbeid fikk noe mer oppmerksomhet. Jeg velger å ikke

utdype dette avsnittet, fordi jeg oppfatter det neste – om verdier – som mer sentralt for å lete etter sosialt arbeids kjerneområder.

2.5.2 Verdier

Jeg vil bruke *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere* (Fellesorganisasjonen 2002b) som grunnlag for å konkretisere de sentrale verditrekkene ved sosialt arbeid. Jeg har organisert presentasjonen rundt noen av punktene fra dette dokumentet, og supplert med andre kilder¹.

- Helse- og sosialfaglig arbeid legger til grunn et helhetlig syn på mennesket, og på hvordan individ og samfunn påvirker hverandre. Yrkesutøveren skal bidra til at ulike deler av hjelpeapparatet samarbeider om å gi brukeren/klienten et helhetlig hjelpetilbud.

Turner framhever (1996:700) at selv om hver av de 27 teoriene han presenterer er tilpasset fra andre fag, tar de tak i hjørnesteinen i profesjonen: *personen i situasjonen*. Det å se personen i sin kontekst (helhetssynet) preger sosialt arbeids teori mer enn noe annet (Richmond 1971 [1922]; Bernler og Johnsson 1988; Compton og Galaway 1994; Woods og Hollis 2000; Conradi og Vindegg 2002). Dette særtrekket viser seg i systemarbeid, tverrfaglig samarbeid og oppmerksomhet på både psykologiske, sosiale og materielle forhold. Sosionomers i BUP bør ha fokus på sammenhengen mellom slike forhold og hvilke andre belastninger klientene opplever. For eksempel hvordan det påvirker evne og mulighet til å nyttiggjøre seg hjelpetilbud og hvordan sosiale forhold påvirker relasjonen mellom klient og terapeut.

- Gjennom brukermedvirkning skal barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere bidra til å styrke den enkeltes mulighet for mestring og kontroll over eget liv.

Brukermedvirkning er noe mange fag er opptatt av, men det har kanskje en større plass i sosialt arbeid enn i fag som er mer influert av naturvitenskapelige teorier, og har et verdigrunnlag som er mer preget av ekspertkunnskap. Temaet om brukermedvirkning har fellestrekk og sammenheng med et annet sentralt begrep i sosialt arbeid, nemlig *å være der klienten er*. Det vil si at det både er snakk om å ta utgangspunkt i klientens opplevelse og situasjon, og å ta klientens tanker, ønsker og meninger om hvordan han skal hjelpes på alvor. I de senere år har brukermedvirkning fått en svært sentral plass både i lovgivning og i politiske føringer. Det er også utviklet viktige nye metoder og tilnærminger for å fremme brukermedvirkning. Eksempler her er LØFT (De Jong og Berg 2005), familierådslag

¹ Hvis ikke annet er nevnt, vil sitatene fram til neste overskrift komme fra Fellesorganisasjonen (2002b)

(Einarsson og Nordahl 2003) og klient- og resultatstyrt praksis (KOR) (Duncan og Miller 2000; Ulvestad et al. 2007). Selv om brukermedvirkning er både faglig og politisk "korrekt" for tiden, er det lang vei fra retorikk til praksis, og ut fra verdigrunnlaget mener jeg sosialarbeidere har en særlig forpliktelse til å bidra til at brukermedvirkning blir praktisert. Operasjonaliseringen av dette vil kunne omfatte arbeid med individuelle planer, kunnskap om Pasientrettighetsloven, bruk av metodikk som nevnt over og samarbeid med brukerorganisasjoner.

- Alle mennesker er likeverdige og har krav på et verdig liv. Diskriminering på grunnlag av nasjonalitet, hudfarge, språk, kultur, klasse, kjønn, seksuell legning, alder, funksjonshemning, religiøs tro eller politiske oppfatninger er ikke akseptabelt og må bekjempes.

Arbeid for *menneskerettigheter* og likeverd, og mot diskriminering, er heller ikke unikt for sosialt arbeid, men det er et tema som er spesielt aktuelt for sosialt arbeid, siden det er en klar sammenheng mellom diskriminering, marginalisering og sosiale problemer. Det er et særpreg ved sosialt arbeid at faget har ansvar for å arbeide med og for samfunnets mest utstøtte.

- ... sosionomer ... blir gjennom sitt arbeid kjent med en rekke forhold som skaper problemer for enkeltmennesker eller grupper og har et moralsk ansvar for å gjøre disse forholdene kjent. Yrkesutøveren skal bidra til at forhold som rammer utsatte grupper eller individer, får samfunnsmessig oppmerksomhet.

Dette som også kalles *varslingsansvar* er viktig, men kanskje for lite anerkjent og praktisert. Det understreker sosionomers ansvar for å formidle kunnskap om utsatte grupper til samfunnet. Denne siden ved sosialt arbeids verdigrunnlag viser tydelig at teorigrunnlaget i grunnutdanningen er godt tilpasset; psykologiske emner for å kjenne til risikofaktorer, samfunnsvitenskapelige emner for å vite hvor og hvordan en kan påvirke, og juridiske emner for å kunne hevde klienters rettigheter. Operasjonalisering av dette ansvaret vil være for eksempel være sosialpolitisk aktivitet, fagpolitisk arbeid og informasjonsarbeid overfor organisasjoner og beslutningstakere.

Sosialt arbeid blir ofte beskrevet som et praktisk fag, og å operasjonalisere sosialt arbeids teori i profesjonelle handlinger i BUP, er utfordringen jeg prøver å nærme meg her. Bjørg Fossetøl har i artikkelen *Hva er profesjonell handling i sosialt arbeid?* (1997) skrevet at "handlingsbegrepet har en sentral plass i sosialt arbeids selvforståelse." Hun drøfter også det problematiske ved dette begrepet og relasjonen mellom teori og praksis. En fare er at faget

ved å betone handling marginaliser seg som akademisk og teoretisk fag, jamfør diskusjonen til Abbott om profesjonell regresjon.

2.6 Sosialt arbeids plass i de tverrfaglige teamene i BUP

Fagfeltet barne- og ungdomspsykiatri, eller barn og unges psykiske helse, er ulikt utformet i ulike land og kulturer. Det er mange land som ikke har et eget fagområde som kalles barne- og ungdomspsykiatri og det er for eksempel har bare to tredeler av alle europeiske land som har egen spesialitet for leger i barne- og ungdomspsykiatri (Karabekiroglu et al. 2006). I Norge er det store lokale variasjoner, selv om de har blitt mindre med årene. Et av formålene med konferansene jeg beskrev i innledningskapitlet, var å redusere noen av forskjellene i tilbudet mellom ulike virksomheter. Variasjonene gjelder blant annet hva faggruppene gjør, og hvor mange fra de ulike profesjoner som er med i teamet. Fagfeltet er på denne måten mer eller mindre lokalt utformet og dermed åpent for endringer og påvirkninger. I denne delen av oppgaven vil jeg beskrive noen av de kreftene som påvirker sosialt arbeids plass i BUP.

Teamene i BUP er en arena der tverrfaglighet har en særlig sentral plass. Andelen av arbeidet som tilhører et felles område, er nok større her enn i de fleste andre tverrfaglige sammenhenger. Det er derfor vi får den type diskusjoner som jeg skriver om innledningsvis. Måten teamene er sammensatt på er på mange måter historisk begrunnet, og har i stor grad røtter i USA og England. For en presentasjon av og diskusjon om dette viser jeg til for eksempel Hoff (1963), Waal, Auestad og Haavardsholm (1969), Iversen (1999) og Sommerschild og Moe (2005), siden jeg ikke har plass til å utdype dette nærmere her.

Utformingen av teamene er også fundert i aktuelle faglige behov, noe som blant annet kommer til uttrykk i kravene om både helsefaglig, sosialfaglig og helhetlig tilnærming som ligger i så å si alle statlige føringer for drift og krav til bemanning (Statens helsetilsyn, 2001a 2001b, 2001c; Sosial- og helsedepartementet 2003). Det gjenspeiler seg også i at begrepet *biopsykososial* brukes om den samlede, faglige tilnærmingen og kompetansen i BUP. Begrepet stammer fra "Engels biopsykososiale modell fra 1980 (Engel 1980), der nettopp eksistensen av et kontinuum fra subatomære partikler via levende organisme til samfunn fremholdes." (Ringen og Dahl 2002:2026)

Det er klare føringer, både offentlige og faglige, for at en skal arbeide etter den biopsykososiale modellen, men det er også mange hindringer. De fleste av disse springer ut

fra profesjonsmotsetninger og tradisjonelle oppfatninger. Et eksempel finner vi i rapporten *Psykiske lidelser – Faglighet og verdighet*, utarbeidet i 2004 av Den norske legeforening.

I psykiatrien som medisinsk fagområde har man et ”biopsykososialt perspektiv” både på utredning og behandling. Dette perspektivet innebærer at man søker å integrere hele spekteret av forståelsesmåter fra nevrobiologi til samfunnsforhold. Plager og lidelser forsøkes forstått ut fra genetiske, biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer (Den norske lægeforening 2004:30).

I samme utredning på samme side står det:

En utredning for psykiske plager består av flere komponenter: Kartlegging av sykehistorie, vurdering av nåværende tilstand og supplerende undersøkelser ved hjelp av medisinske og psykologiske metoder (op.cit.).

Siden dette kommer fra en profesjon som har intellektuell jurisdiksjon (Abbott 1988:71 ff) i psykiatrien, er det et eksempel på sprikende og til dels motstridende signaler med sterk innflytelse. Det sies på den ene siden at en skal ha et biopsykososialt perspektiv på utredning og behandling, men når utredningen beskrives, har det sosiale perspektivet falt ut.

Det skal være minimum en pedagog, psykolog, lege og sosionom med klinisk videreutdanning/spesialitet i barne- og ungdomspsykiatri/psykologi i sitt fag i hvert polikliniske team. I tillegg kan det være fagpersoner fra de samme faggruppene med andre spesialiteter eller som er under spesialisering, og det kan være fagpersoner med relevant spesialkompetanse fra andre faggrupper¹. I tillegg er de viktigste påvirkningskildene til utformingen av BUP-team, tilgangen på fagpersoner fra ulike profesjoner, de enkelte fagpersonenes individuelle kompetanse og ledelsenes bakgrunn og preferanser.

Jeg skrev innledningsvis at jeg opplevde at antall stillinger for sosionomer i BUP ikke økte i samme grad som for andre faggrupper. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at på landbasis har det i perioden 2000 til 2006 vært en økning i antall sosionomer i BUP med 13,8 %, men sosionomer er den yrkesgruppen med minst økning og forskjellene er ganske store.

¹ Sykepleiere, barnevernpedagoger, vernepleiere m.fl. som har videreutdanning innen for eksempel miljøterapi, familierapi, nevrobiologi, spedbarnspsykologi eller rusvern.

Tabell 1: Årsverk¹ i institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, etter personellgruppe. 2000–2007 (Statistisk sentralbyrå 2007)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	% endring
Leger	186	205	225	231	246	264	293	36,3 %
Psykologer	468	475	536	572	629	665	732	36,1 %
Sykepleiere	158	207	218	244	232	260	275	42,5 %
Sosionomer	293	298	309	318	338	343	340	13,8 %
Pedagoger	283	273	283	294	323	342	419	32,4 %
Miljøterapeuter (med høyskoleutdanning)	496	623	711	704	664	706	731	32,1 %
Personell med høyere utdanning i alt	1885	2081	2281	2363	2432	2580	2790	32,4 %

Dette er en utvikling som ikke er enestående for Norge. I Storbritannia er det indikasjoner på at ca 47 % av sosialarbeiderstillingene forsvant i de tverrfaglige teamene (Child and Adolescent Mental Health Services) i perioden 1988 til 1998 (Messent 2000:103).

Mye tyder på at årsakene til at det både blir vanskeligere å argumentere for sosionomenes plass i BUP og at sosionomer ikke har den samme økning i antall stillinger som andre faggrupper, kan være at vi har fått en tydeligere markedsstyrt og målstyrt tjeneste og mer vekt på en snever forståelse av evidensbasert praksis (Johannessen 2004). Mer vekt på stykkprisfinansiering av poliklinikker, "kvalitetsindikatorer" som faktisk er aktivitetsindikatorer (Henriksen og Ulvestad 2007), nye ledelsesformer (New Public Management) og den nye foretaksstrukturen og -kulturen ser alt ut til å ha trukket virksomheten i en retning som er i det sosialfaglige perspektivets disfavør. Tradisjonelle sosialfaglige tiltak som tverretattlig samarbeid, nettverksarbeid, indirekte klientarbeid og systemarbeid har både økonomisk og i forhold til de parameterne virksomheten måles på, blitt gitt mindre og mindre anerkjennelse i helseforetakene². På den andre siden har utredning, diagnostisering, direkte klientarbeid, spesialiserte manualiserte behandlingsmetoder og ikke minst har rapportering av eget arbeid fått mer plass og kreditt. Dette har skjedd samtidig som sosialfaglige, systemmessige og helhetlige perspektiver får stor plass i og blir gitt stor vekt i offentlige planer og utredninger.

Denne utviklingen bekreftes i rapporten *Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer* (Helse- og omsorgsdepartementet 2006:42), som viser at behandlere i BUP fra 2000 til 2004 har redusert sin andel av arbeidstid brukt på ekstern kontakt fra 13 %

¹ Årsverk er antall heltidsansatte og antall deltidsansatte (omregnet til heltidsansatte) ved utgangen av året. Overtid er ikke regnet med.

² Den siste revisjonen av takstene for refusjon fra folketrygden for tiltak i BUP, har en positiv dreining der familiesamtaler og indirekte arbeid blir bedre honorert.

til 9 %. Direkte pasientkontakt og pasientadministrasjon har i samme periode økt med ett prosentpoeng og annet administrativt arbeid har økt med to prosentpoeng.

Offentlige utredninger og planer legger stor vekt på mestringsperspektivet, brukerperspektivet og helhetsperspektivet, og samarbeid i tjenestene blir understreket (se f.eks. Sosial- og helsedepartementet 2003). Når det kommer til organisering og praktisk gjennomføring, ser det ut til at prinsippene må vike for vante måter å tenke på. I en høringsuttalelse til rapporten *Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer* (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) skriver Fellesorganisasjonen (2006):

Behandlingsbegrepet i rapporten synes også i hovedsak å hense på medisinsk tradisjon der barnet/den unge vurderes, diagnostiseres og behandles av ekspertene med et individrettet fokus. FO vurderer at rapporten er uklar på hvor barnets, den unges og familiens stemme og delaktighet har plass i utviklings- og endringsarbeidet (s. 2).

FO peker her på de to sentrale sosialarbeiderverdiene, brukermedvirkning og helhetssyn, ikke blir ivaretatt i denne rapporten, noe som til tross for omfattende prinsipiell retorikk dessverre er symptomatisk for utviklingen i fagfeltet.

Kapittel 3. Metode

I metodekapitlet vil jeg redegjøre for valg av metode, valg og rekruttering av informanter og hvordan undersøkelsen ble gjennomført.

3.1 Rolle, identitet og kompetanse

Min hypotese før jeg gjorde undersøkelsen var at de profesjonelle rollene sosionomer i BUP har, går an å beskrive med forskjellige dimensjoner. Jeg så for meg følgende roller:

1. Den tradisjonelle sosionomen, med hovedvekt på trygdeytelser, samarbeid med kommunale sosial- og barneverntjenester og saksbehandling.
2. Den barne- og ungdomspsykiatriske terapeuten, med basis i psykodynamisk og/eller systemisk teori.
3. Den familieorienterte sosionomen, gjerne med utdanning både i familieterapi og barne- og ungdomspsykiatri.

Jeg antok at en viktig dimensjon går mellom å ha en terapeutidentitet og å ha en sosialarbeideridentitet. De aller fleste vil nok oppleve å være i en kombinert identitet eller i grenseland. Jeg antok videre at sosionomer har mye utdanning og en svært variert kompetanse.

En annen innfallsvinkel til hva som kjennetegner rollen sosionomer har i BUP er det ansvar de har og de arbeidsoppgaver de utfører. Noen sosionomer har tilnærmet fullt ansvar og full anledning til å ta på seg oppgaver, med unntak av det som er regulert av Psykisk helsevernloven og Helsepersonelloven. Andre har mer begrenset frihet og ansvar, ofte knyttet til arbeid med særlige problemstillinger, familiearbeid og foreldreveiledning. Mest avgrensede er de som ikke har terapeutansvar, bare oppgaver knyttet til rådgivning, rettigheter og samarbeid.

Det juridiske grunnlaget har stor betydning for hvilken rolle sosionomen innehar i det tverrfaglige teamet og for hvordan fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar tolkes. Jeg har tidligere (Fjeldstad 2002:79) gått gjennom hvordan helselovgivningen regulerer arbeidsoppgaver og ansvar i BUP. Oppsummeringen av dette er at oppgaver og ansvar knyttet til medisiner og tvangsvedtak er regulert av lovene slik at det kreves kompetanse sosionomer ikke har. Utenom det gjelder de generelle reglene som innebærer at det er leders ansvar å vurdere forsvarlighet i tjenesten og det enkelte helsepersonells ansvar å involvere

andre i arbeidet eller å overlate oppgaver og ansvar til andre dersom en selv ikke kan tilby forsvarlige tjenester.

3.1.1 Tidligere forskning

Jeg har ikke funnet tidligere forskning som direkte har adressert det temaet jeg vil belyse. Det er forsket på sosionomers rolle i tverrfaglige team, for eksempel i voksenpsykiatri (Enggrav 2006) og i psykiatriske ungdomsteam (Kronstad 2002). Enggrav beskriver blant annet dimensjonen fra sosialarbeider til terapeut, og konkluderer med at for mange innebærer det å jobbe i psykiatrien at en tilegner seg en terapeutidentitet, og at sosialarbeideridentiteten svekkes. Kronstad belyser sosionomens relasjon til klienter, og undersøker i mindre grad sosionomens rolle og relasjon til teori.

Flere sider ved det jeg ville undersøke er også beskrevet i forhold til tilgrensende temaer i form av refleksjoner og teoretiske presentasjoner (f.eks: Specht og Courtney 1994).

Forskningen til Orlinsky og Rønnestad (2001; 2005) er en sentral modell for mitt arbeid, men denne har heller ikke direkte undersøkt mitt forskningsspørsmål. Jeg også har hentet mye informasjon fra offentlig statistikk og utredninger.

Forskning om teamarbeid og tverrfaglighet berører også temaet om sosionomers rolle i BUP. Artiklene *The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services* (Herrman et al. 2002) og *Roles of psychiatrists and other professionals in mental healthcare* (Hutschemaekers, Tiemens og Kaasenbrood 2005) er interessante fordi de viser at profesjoner opplever stor grad av felles kompetanse og ansvar, men at det er mange områder for konflikt og usikkerhet. Herrman et al. viser at faggruppene oppfatning av sin egen kompetanse i stor grad samsvarer med de andres oppfatning. Hutschemaekers et al. skriver at de viktige områdene for konflikt er rolleoppfatning, lederskap, ansvar, feiloppfatninger og ulikheter i lønn/anerkjennelse. Jeg er ikke sikker på om Herrman sine funn stemmer med norske forhold, men Hutschemaekers' beskriver situasjonen helt i tråd med temaene for konferansene jeg skrev om innledningsvis.

3.2 Valg av metode

Jeg valgte et kvantitativ metode i prosjektet først og fremst fordi jeg ikke kjenner til at det tidligere har vært benyttet for å beskrive sosionomers arbeid i klinisk praksis i Norge. Jeg håpet at det ville tilføre annen informasjon enn om jeg gjorde en kvalitativ undersøkelse. Det kan innvendes at et kvantitativ metode i mindre grad får med nyanser og individuelle

utforminger av praksis. Resultatene må tolkes og forstås ut fra de begrensningene metoden har. Med kvantitative metoder vil jeg få fram kategoriserte variasjoner i klinisk praksis som jeg ikke ville fått fatt i med kvalitative metoder. Et annet aspekt ved valg av metode, er at det er mulig at en kvantitativ undersøkelse vil ha større gjennomslagskraft enn en kvalitativ.

Til sist kommet motivet om at jeg gjennom masteroppgaven ønsker å lære meg kvantitativ metode. Dette kan ikke være avgjørende for valg av metode, men i denne sammenhengen der kvantitativ metode etter min vurdering ser ut til å være et godt valg av flere årsaker, påvirket dette lærebehovet valget. I dette ligger det også at det er mitt ønske å påvirke fagfeltet til å gjøre mer bruk av kvantitativ metode.

Jeg har brukt spørreskjemaet *Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire* (DPCCQ/2000), utviklet i Collaborative Research Network (CRN)/Society for Psychotherapy Research, som grunnlag for undersøkelsen. Skjemaet er beskrevet i for eksempel Orlinsky et al. (1999), Orlinsky, Botermans et al. (2001) og Orlinsky og Rønnestad (2005). Skjemaet er standardisert. Det har hatt lokale varianter til spesielle formål og er oversatt til norsk. Jeg la til noen spørsmål spesielt utformet for mitt formål, og tok vekk spørsmål som var irrelevante for sosionomer i BUP. Ellers er det en generell erfaring at skjemaet er for stort for å få høy svarprosent. (Se kapittel 4.1.1.)

Alle¹ sosionomer ansatt i behandlerstillinger (utenom miljøterapeuter) i BUP ble forespurt om å delta i undersøkelsen. Oversikten over denne gruppen fikk jeg gjennom å henvende meg til alle landets helseforetak². Deretter bad jeg om navn på sosionomer de hadde ansatt. Sosionomene fikk så en personlig informasjon om prosjektet på e-post³. Etter en tid sendte jeg så ut spørreskjemaet i papirformat i posten⁴ med frankert svarkonvolutt, og noen uker etter det igjen sendte jeg et purrebrev⁵ per e-post.

Siden jeg avgrenset meg til å spørre sosionomer i BUP, har jeg ikke anledning til å gjøre sammenligninger med sosionomer andre steder eller med andre faggrupper i BUP. Det var

¹ Jeg kan ikke garantere at alle aktuelle sosionomer fikk skjemaet, da jeg var avhengig av opplysninger fra helseforetakene for å få oversikt. Det var til tider vanskelig å få tak i noen som kunne svare meg på antall og navn på sosionomer i poliklinikker og avdelinger, og det kan være at opplysningene var unøyaktige. Jeg hadde ikke andre kilder jeg kunne kontrollere mot, men hadde forventet et noe høyere tall. I følge Statistisk sentralbyrå var det i 2005 343 sosionomer i BUP. Noen av disse er ikke inkludert fordi de har rene lederstillinger, noen kan være i andre former for stillinger, men jeg kan ikke forklare forskjellen mellom SSB sitt tall og det antall navn jeg fikk inn.

² Vedlegg: Forespørsel om oversikt over sosionomer i BUP

³ Vedlegg: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

⁴ Vedlegg: Spørreskjema

⁵ Vedlegg: Takke- og purrebrev

hovedsakelig kapasitetshensyn som var grunnlaget for dette valget, men også det at jeg primært ville gjøre en deskriptiv undersøkelse, og ikke en komparativ.

3.3 Ethiske vurderinger

Den vanskeligste etiske vurderingen i prosjektet handler om min egen posisjon. Jeg har gjort en undersøkelse av en gruppe der jeg selv er medlem, selv om jeg på tidspunktet for undersøkelsen ikke var i klinisk praksis. Jeg har vært gjennom en prosess som startet med at jeg hadde problemer med å formidle hva sosionomer gjør som er særegent i BUP. Det førte til at jeg skrev i artikkelen i Embla (Fjeldstad 2002) der jeg oppfordrer BUP-sosionomer til å bruke sosionomkompetansen, og videre til temaet for masterprosjektet. I denne prosessen ligger det en (mis-)tanke om at sosionomer bruker sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag for lite i sitt arbeid. Når jeg nå går ut og skal undersøke "i hvilken grad" de gjør dette, kan jeg komme til å utforme undersøkelsen slik at jeg vil få min (mis-)tanke bekreftet.

Jeg oppfatter all forskning som posisjonert, og min posisjon i forhold til forskningsobjektene kan komplisere arbeidet. Jeg vurderer ikke nødvendigvis dette som en svakhet ved designet, men det må være tydelig hvilken posisjon jeg har. Utfordringene ligger i om jeg klarer å innta flere perspektiv, ikke bare de som ligger meg selv nærmest, og om jeg klarer å være åpen på vurderingsgrunnlaget både for utformingen av undersøkelsen og analysen av dataene.

Det var ingen sider ved prosjektet som berørte klientkonfidensialitet siden jeg ikke samlet inn data fra eller om klienter. Metoden jeg benyttet innebar ikke at jeg opprettet registre der opplysninger som kan identifisere personer og andre opplysninger kan kobles. Men siden det er en liten gruppe informanter som i noen grad kjenner hverandre, var det nødvendig å ta personvernomsyn både i utforming av spørreskjema og valg av detaljnivå på analyse.

Prosjektet er vurdert av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste til ikke å utløse meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 til 33. Prosjektet er også vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, som fant at det lå utenfor komiteens mandat.

3.4 Dataanalyse

Dataanalysene ble gjennomført med SPSS 15.0 for Windows. Jeg har i utformingen av analysene i hovedsak basert meg på *Introduksjon til SPSS* (Johannessen 2003), *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Johannessen og Tuft 2002), *Enhet og mangfold* (Ringdal 2001), *SPSS Survival Manual* (Pallant 2005) og *Discovering Statistics Using SPSS* (Field

2005). I tillegg brukte jeg artiklene *A power primer* (Cohen 1992) til vurdering av effektstørrelser og *Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research* (Fabrigar et al. 1990) til faktoranalysene.

Resultatene blir presentert i form av statistisk beskrivelse av utvalget, der jeg også ser på noen relevante korrelasjoner mellom de ulike beskrivende variablene. I tillegg vil jeg trekke ut underliggende eller felles trekk ved utvalget ved bruk av faktoranalyser av utvalgte variabler.

For noen av variablene har jeg gjort sammenligninger med et utvalg på 640 norske terapeuter, vesentlig psykologer og noen psykiatere, men ingen sosionomer. Dataene ble samlet inn i 1997/98, og jeg fikk tilgang til dataene av min veileder, Helge Rønnestad (Rønnestad og von der Lippe 2000).

3.4.1 Beskrivende analyser

I tillegg til visuell vurdering av histogram med normalkurve, har jeg benyttet Kolmogorov-Smirnov og Shapiro-Wilk test for å undersøke dataenes normalfordeling. Jeg har valgt å legge meg på et relativt restriktivt nivå når det gjelder bruk av parametriske tester. Dette er i samsvar med de anbefalingene som er gitt i litteraturen (Mitchell 2000:51; Field 2005:781; Pallant 2005:286) Mange av variablene avviker fra kravene til normalfordeling og varians som stilles dersom en skal kunne gjøre parametriske statistiske tester. Dette reduserer valgmuligheten for analyser, men jeg har gjort ikke-parametriske tester som kan erstatte de parametriske (op.cit). Jeg har benyttet rangkorrelasjoner for å finne korrelasjoner når dataene ikke tilfredsstillt kravene til parametriske tester. Disse testene¹ gir ikke direkte korrelasjonskoeffisient, men de er kalkulert i etter formler oppgitt i Field (2005:531-2). Testene gir en Z-skår og en signifikansverdi. Z-skåren vil være negativ når den baserer seg på negative rangverdier, og da kommer jeg også ut med negativ koeffisient selv om det er positiv korrelasjon. Jeg har ikke funnet hvordan en kan forstå disse i forhold til positiv/negativ verdi, og har valgt å angi retninger i teksten ut fra observert forskjell i gjennomsnittlige verdier.

Korrelasjonstester er gjennomført som eksakte tosidige tester (Exact Sig. (2-tailed)). I vurderingen av korrelasjonsstyrke vil jeg basere meg på definisjonen i Tuftes og Johannessen (2002:183), som betegner $r \leq 0,20$ som moderat korrelasjon, $r = 0,30 - 0,40$ som relativt sterk korrelasjon og $r \geq 0,50$ som meget sterk korrelasjon.

¹ For eksempel Mann-Whitney Test og Wilcoxon Signed Ranks Test

3.4.2 Mønstre av sosialarbeideridentitet i datamaterialet.

Når jeg skulle finne praktiske uttrykk for sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag, tok jeg utgangspunkt i to ting. Det ene var sosialt arbeids verdigrunnlag presentert i *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere* (Fellesorganisasjonen 2002b). Det andre var begrepet *personen i situasjonen*. Ved hjelp av tankekart¹ arbeidet jeg meg fram til hvordan en sosionoms bevissthet om etikk og kunnskap om personen og situasjonen, ville vise seg i praktisk handling i BUP. Dette førte til et stort antall praksisformer som jeg reduserte og sammenfattet slik at de kunne undersøkes ved hjelp av et spørreskjema.

For at ikke spørreskjemaet skulle bli for stort, gjorde jeg et strengt utvalg av tema. I ettertid ser jeg at det var tema jeg gjerne ville hatt med som ble utelatt. Jeg ville for eksempel gjerne hatt mer konkrete opplysninger om respondentenes forhold til brukermedvirkning og arbeid med sosialt marginaliserte familier.

Noen av variablene vil i tillegg til deskriptiv analyse, også bli studert med faktoranalyser der jeg ser etter praksisprofiler. Med praksisprofiler mener jeg mønstre eller dimensjoner i hvordan sosionomene forteller at de tenker eller måten de arbeider på. Resultatene er vist i mønstermatriser² og strukturmatriser³. I presentasjonene av faktorer og komponenter som er trukket ut av analysene, vil jeg karakterisere disse med variabler som har ladning større enn $\pm 0,3$, men i mønstermatrisen har jeg bare markert den høyeste av ladningene for å tydeliggjøre mønsteret når en variabel lader høyt på flere dimensjoner. Strukturmatrisen viser hvordan dimensjonene overlapper hverandre, og bredden i ladningene for de ulike dimensjonene. På grunnlag av gjennomsnittet for de variablene som er uthevet i mønstermatrisene, har jeg kalkulert gjennomsnittsverdi og standardavvik for dimensjonene⁴.

¹ Til dette brukte jeg programmet MindManager X5 pro (<http://www.mindjet.com/>).

² Denne viser regresjonskoeffisienten for hver variabel, dvs. ladning på faktoren uten felles varians (Field 2005:625).

³ Denne viser korrelasjonskoeffisienten for hver variabel, dvs total ladning på faktoren (op. cit).

⁴ Dimensjonene i Tabell 5, der variablene som lader denne ikke har samme verdiskala, har jeg omregnet til en skala fra 0–5 etter formelen: variabelens verdi/maxverdi*5

De gruppene av variabler i undersøkelsen jeg antok kunne vise spor av sosialarbeideridentitet, og som kunne egne seg for faktoranalyser var:

- Mengde utdanning og grad av spesialisering.
- Grad av påvirkning fra ulike teorier og metoder.
- Antall saker der en samarbeider med andre aktuelle samarbeidspartnere.
- Bruk av juridisk kunnskap i vurdering av aktuelle hjelpetjenester for barn og familier.
- Antall saker og tid brukt på ulike former for terapeutisk arbeid.
- Syn på hvem en anser som målgrupper for arbeidet.
- Grad av opplevelse av kompetanse og ansvar på aktuelle områder.
- Oppfatning av i hvilken grad ulike forhold bidrar til psykososiale problemer hos barn og i familier.

Datareduksjon med faktoranalyser eller komponentanalyser et stort og komplisert område innenfor kvantitative analyser, og det er et område i stor utvikling siden datakraft til analysene har blitt allment tilgjengelig. Å bruke surveyundersøkelse med mange variabler som skal reduseres til færre komponenter eller faktorer, forutsetter at det er mulig å måle slike abstrakte begreper. En slik holdning er innenfor en positivistisk tradisjon, og kan kritiseres for å være reduksjonistisk. Jeg ønsker ikke å bidra til en reduksjon av mangfoldet og kompleksiteten i sosialt arbeid. Det er heller mitt ønske å bidra med flere perspektiver, i tillegg til andre måter å konseptualisere faget på. Jeg er klar over begrensninger og feilkilder i denne måten å "måle" sosialt arbeids praksis. Derfor tar jeg forbehold, både når det gjelder innholdet i spørreskjemaet og analysemetodene, om at det er mange andre måter å nærme seg dette på som ville gi andre svar.

De metodene jeg brukte i SPSS var Principal Component Analysis (PCA) og Prinsipal Axis Factoring (PAF). I tillegg brukte jeg Multidimensional Scaling Analysis (PROXSCAL), Hierarchical Cluster Analysis (HCA), K-Means Cluster Analysis og Reliability Analysis som støtte i utforskningen av materialet. Jeg valgte å bruke PAF, som er en form for eksplorerende faktoranalyse (Exploratory factor analysis – EFA), og ikke bekreftende faktoranalyse (Confirmatory factor analysis – CFA). Det var ikke grunnlag for at jeg på forhånd kunne konstruere faktorer som mitt materiale skulle/avkrefte bekrefte. Jeg ønsket å la dataene tale for seg.

Det kan være vanskelig å forstå forskjellen mellom faktor- og komponentanalyse, eller latente variabler og komponenter. Med latent variabel, som er grunnlaget for produksjon av faktorer

med PAF, menes underliggende eller felles faktorer som sterkt preger et knippe med variabler (Fabrigar et al. 1990). Det vil si at faktoranalyser viser strukturen av sammenhenger mellom variabler. Dette kan for eksempel i mitt materiale være en systemisk grunnholdning som preger skåren på mange ulike variabler.

Komponentanalyse er en form for datareduksjon, der en på grunnlag av noen variabler som korrelerer konstruerer en ny variabel. Det vil si at komponentanalyse ikke representerer kompleksiteten i sammenhengen mellom variablene på samme måte som faktoranalyser. Et eksempel på komponentanalyse kunne være validering av ASEBA (Achenbach 2007), et skjema for kartlegging av atferd hos barn, der knipper av variabler skal måle grad av ulike problemer.

En måte å vurdere variablers egnethet for enten faktor- eller komponentanalyse, er å se på de ulike variablenes ladning til hver faktor. Det bør ikke være for stort overlapp av sterke ladninger, og det bør være ladninger over 0,4. Det er også en relasjon mellom utvalgsstørrelse og antall faktorer. Høye verdier av *communality* tilsier at også små utvalgsstørrelser kan brukes (Field 2005:640). Mitt utvalg er i et middelområde når det gjelder størrelse, og jeg valgte å støtte meg på programmet *Monte Carlo PCA for parallel analysis* (Pallant 2005:183-4) som produserer faktorer av randomiserte datasett. Ved å velge like mange variabler og deltakere som i mitt prosjekt, kunne jeg sammenligne med faktorer trukket ut av et gjennomsnitt av 100 randomiserte datasett. Der eigenvalue for hver faktor var større i mitt datasett enn i Monte Carlo PCA, godtok jeg faktoren.

SPSS har flere funksjoner for å vurdere egnethet for komponentanalyse. Field operer med en nedre grense på 0,5 for *Keyser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO)*, men helst over 0,7, mens Pallant skriver at 0,6 regnes som minimumsverdi for en god EFA (2005:174). *Bartlett's test of sphericity* bør være signifikant. Korrelasjonsmatrisen bør ikke ha variabler med overvekt av verdier over 0,5 eller enkeltverdier over 0,9. Diagonalen i *Anti-image correlation matrix* bør ha verdier over 0,5. Determinanten i korrelasjonsmatrisen bør være over 0,00001. Hvis ikke er det sannsynlig at det er variabler som korrelerer svært høyt, og en av disse bør fjernes før videre analyser. I matrisen for reproduserte korrelasjoner, bør det være mindre enn 50 % "nonredundant residuals with absolute values greater than 0.05". (Field 2005:640ff).

Jeg benyttet innledningsvis rettvinklet (orthogonal) rotasjon (Varimax) fordi denne egner seg godt til å få oversikt (Field 2005:636). Jeg har valgt å trekke ut komponenter med eigenvalue over 1 sammenholdt med det visuelle uttrykket i scree-plottet. Dette er i samsvar med anbefalingene i litteraturen for utvalg av min størrelse (op. cit:633). Analyse av mønstermatrise for komponentene, avgjorde om jeg for den endelige analysen valgte orthogonal eller oblique rotasjon. Siden det er gode teoretiske grunner til å anta at faktorene er korrelerte, valgte jeg skjev (oblique) rotasjon (Direct Oblimin) der det var vesentlig korrelasjon mellom komponentene.

Fordelen med å bruke skjev rotasjon er at den tillater korrelasjon mellom faktorene. Med denne metoden vises to ulike matriser, en som ignorerer den felles variansen slik at bare variablenes *unike* bidrag til faktorene kommer fram (pattern matrix/mønstermatrisen), og en som tar med *felles* varians (structure matrix/strukturmatrisen). Ved å sammenholde de ulike matrisene, men med utgangspunkt i mønstermatrisen har jeg vurdert hvilke variabler som lader de ulike faktorene sterkt, og sett om faktoren gir mening. Jeg har valgt å sette grensen for sterk ladning på $\pm 0,3$. Dette er en relativt lav grense, og det er flere steder anbefalt å bruke 0,4 som grenseverdi (Field 2005:664). Hvilken grenseverdi som brukes avhenger av undersøkelsens karakter. Siden jeg gjør en utforskende undersøkelse av et område der det ikke foreligger studier fra før, og det ikke er snakk om konstruksjon av måleinstrument eller validering av skalaer, mener jeg det er grunnlag for å gå ned til 0,3. Jeg finner samme framgangsmåte i flere artikler som er skrevet med utgangspunkt i faktoranalyser (f.eks.: Wright og Asmundson 2005).

Jeg fant det ikke at nødvendig å stille krav til faktorskårene ikke korrelerte innbyrdes. Field (2001) skriver med støtte i Tabachnick og Fidell (2005:628) at når en kan tillate at faktorskårene korrelerer innbyrdes er det best å velge regresjonsmetoden for kalkulering av faktorskåre. I tillegg til faktorskårer har jeg der det har vært mulig kalkulert gjennomsnittlige skårer for de variablene som lader sterkt inn på hver faktor, slik at de kan ses i sammenheng med de opprinnelige variablene.

I tillegg til faktoranalyse, har jeg vurdert variablenes egnethet med reliabilitetsanalyse. Den generelle Cronbachs α for hver faktor bør være over 0,7 (Ringdal 2001:358). De variablene som hadde sterk ladning for hver av faktorene ble så analysert, og jeg fjernet variabler der α -verdier om variabelen ble slettet var vesentlig høyere enn den generelle α -verdien. Det gir høyere generell α -verdi å utelate slike variabler fra analysen. Avgjørelsen om å utelate

variabler bygger på hvilken verdi variabelen har for å sette særpreg på faktorene jeg trekker ut, sammen med størrelsen på α -verdien. Noen av faktorene jeg ønsket å bruke hadde få variabler som grunnlag. Slike faktorer fikk på grunn av kalkulasjonsformelen for Cronbachs α lave α -verdier, og jeg valgte i da å bruke skjønn for å vurdere om faktoren skulle godtas, og har dermed noen steder godtatt faktorer med Cronbachs α ned mot 0,6.

Faktoranalyser gir et bilde av hvilke underliggende elementer som preger utvalget, og en faktorskåre for hver av faktorene. Skåren er et uttrykk for hver respondents plassering på en skala der 0=gjennomsnittet for hele utvalget, positive skårer er høyere enn gjennomsnittet og negative skårer lavere enn gjennomsnittet. En annen måte å komme fram til en skåre for hver faktor, er å bruke gjennomsnittet for de faktorene som lader høyt på hver faktor. Dette har jeg gjort i siste delen av oppgaven der jeg ser på korrelasjoner mellom dimensjoner som framkommer av faktoranalysene.

Kapittel 4. Spørreundersøkelsen – resultater og drøfting

I dette kapitlet vil jeg først drøfte kvaliteten på datamaterialet jeg samlet inn. Derneft vil jeg beskrive utvalget ut fra demografiske variabler, profesjonell bakgrunn, arbeidskontekst og rolle, klientgruppe, behandlingsform og faglig orientering. Noen variabler ble også analysert med faktoranalyser, som kunne gi indikasjoner på om det var mønstre av praksisprofiler.

Jeg vil oppgi antall respondenter (n) for hver tabell og figur som presenteres. Dette antallet vil variere på grunn av manglende svar på enkelte spørsmål. Resultatene er alltid regnet ut etter antall valide svar. I tabellene vil jeg i hovedsak oppgi verdier i prosent i stedet for antall respondenter. Dette fordi det er lettere å få et bilde av sammenhengene på den måten, og særlig fordi antallet (ca 100–126) ligger så nær opp til prosentverdien at en lett vil kunne blande disse sammen.

I tekst og tabeller vil jeg, avhengig av hva som er relevant i sammenhengen, presentere de statistiske målene (forkortelser/symboler i parentes): gjennomsnitt (M), median (Md), standardavvik (s), signifikansnivå (sig.), korrelasjonskoeffisienten Phi (φ), Pearsons R (r) Spearman's rho (ρ), effektstørrelse (ES), kji kvadrat (χ^2), eigenvalue (e), varians (var.).

4.1 Datakvalitet

Noen formuleringer i spørreskjemaet har vært vanskelig å tolke. Dette har jeg tatt hensyn til i analysene. Det er også former for data som er vanskelig å tolke, særlig gjelder det opplysningene om utdanning og arbeidserfaring. I tvilstilfeller har jeg sett opplysningene respondentene har gitt i sammenheng, og valgt den mest sannsynlige tolkningen ut fra konsistens i svarene.

4.1.1 Frafall

Det ble sendt ut spørreskjema til i alt 284 sosionomer. Fra seks av disse (alle kvinner) fikk jeg tilbakemeldinger som gjorde at de ble utelukket fra utvalget. Det kom inn 129 svar. Tre respondenter ble ekskludert fordi de oppga at de var miljøterapeuter. Det vil si at jeg endte opp med et bruttoutvalg på 278, og 126 respondenter som tilfredstilte kriteriene for inklusjon i nettoutvalget. Det gir et frafall på 54,7 %.

Spørreskjemaet er utformet slik at det var mulig å ivareta full anonymitet i besvarelsene. Det vil si at det er ikke data på for eksempel fylke, landsdel eller helseforetak, og jeg kan ikke

analysere frafall i fht. geografi. Jeg kjenner ikke alderssammensetningen til bruttoutvalget, og kan derfor ikke analysere frafall i forhold til alder.

En analyse av kjønn i bruttoutvalget lest ut av adresselistene sammenlignet med respondentene i nettoutvalget viser at mennene hadde en svarprosent på 68,3, mens kvinnene hadde en svarprosent på 41,4. Dette ble gjort ved at jeg gikk gjennom navnelistene til sosionomer som fikk tilsendt skjema, kodet de for kjønn og regnet svarprosent fordelt på kjønn. Dette er det eneste jeg har som grunnlag for å vurdere frafallet. Sammenhengen mellom kjønn og svarprosent var signifikant ($\chi^2 = 10,239$, sig. < 0,001). Omregnet til oddsratio, var det ca. 3 ganger større sannsynlighet for at en mann enn en kvinne ville svare på undersøkelsen. Jeg vurderte å gjennomføre analyser vektet for denne forskjellen, men valgte å ikke gjøre det, fordi det på grunn av lite utvalg er stor usikkerhet knyttet hvor valide slike analyser ville være. Det er ikke andre funn i datamaterialet som avviker fra hva jeg hadde forventet av utvalget.

Det hadde vært ønskelig med en høyere svarprosent. Bruttoutvalget er så langt jeg det samme som populasjonen, og jeg har dermed nær halvparten av populasjonen i nettoutvalget. Hovedårsaken til det høye frafallet er etter all sannsynlighet størrelsen på spørreskjemaet. Det er mye etterspørsel etter data fra ansatte i BUP, og dette skjemaet ble nok av mange opplevd som enda et skjema i mengden av forespørsler. Det kom flere reaksjoner på at det var et omfattende og tidkrevende skjema å fylle ut. Jeg oppfordret til å sende inn skjemaet med personopplysninger dersom en ikke kunne/ønsket å fylle ut alt. Det kom ingen slike skjema tilbake.

Frafallet er skjevt i forhold til kjønn. Det ser imidlertid ikke ut til at kjønn er en vesentlig faktor når det gjelder andre forskjeller i materialet. Jeg regner også med at det blant ikke-responentene er en overrepresentasjon av sosionomer med høyt arbeidspress, liten tilknytning til sosialt arbeid som fag, og som generelt har motvilje mot spørreskjema. Det er vanskelig å si om dette er forhold som medfører skjevheter i datamaterialet ellers.

De ulike forholdene som har påvirket frafallet utgjør begrensninger i hvilken grad jeg kan generalisere funnene i undersøkelsen på hele populasjonen. På den andre siden kjenner jeg ikke til andre forhold ved dataene som gjør at jeg kan forvente systematiske skjevheter og dermed svekket ytre validitet.

4.1.2 Valide svar

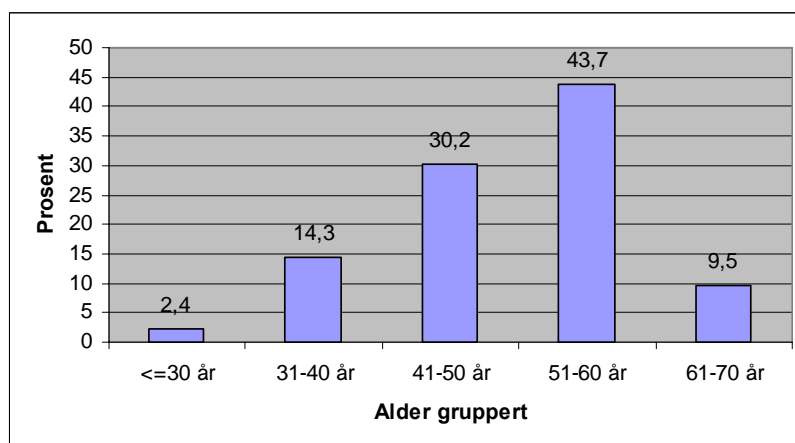
Det var gjennomgående høy andel av valide svar. Jeg inkluderte i analysen de leddene som var "obligatoriske", det vil si at jeg ekskluderte de leddene som forutsatte bestemte vilkår, for eksempel at en var under utdanning eller mottok veiledning, og de leddene som var utdyping av alternativet "annet". Av de 126 respondentene var det 74,6 % som hadde mer enn 95 % valide svar, og bare 4 % hadde under 80 % valide svar. Svarprosenten varierte lite mellom de ulike delene av skjemaet.

4.2 Hvem var sosionomene?

Gjennomsnittsalderen var 49,5 år og i området 30–66 år (Md=51, s=8,8). Det samsvarer godt med inntrykket av at sosionomer i BUP er en gruppe av erfarne, godt voksne personer.

Tabell 2: Alder, gruppert, n=126

	Prosent	Akkum. prosent
<=30 år	2,4	2,4 %
31-40 år	14,3	16,7 %
41-50 år	30,2 %	46,8 %
51-60 år	43,7 %	90,5 %
61-70 år	9,5 %	100,0 %



Figur 1: Alder, gruppert, n=126

Kjønnsfordelingen var 77,8 % kvinner og 22,2 % menn. Det var ikke signifikant forskjell i alder mellom kjønnene. Som nevnt innledningsvis i kapitlet var det forskjell i svarprosent mellom kjønnene.

81,1 % av respondentene levde i et parforhold (68,0 % gift og 13,1 % samboere), 13,1 % var skilt og 5,7 % enslige. Ingen oppgav å være enke/enkemann. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene. Siden jeg ikke har spurt ut fra samme kategorier som brukes i befolkningsstatistikken til SSB, er det problematisk å sammenligne med denne, men det kan se ut som om det er en høyere andel gifte og lavere andel enslige eller samboende blant sosionomene i BUP enn i befolkningen som helhet. Dette er også rimelig, siden det er en overhyppighet av enslige blant ikke yrkesaktive.

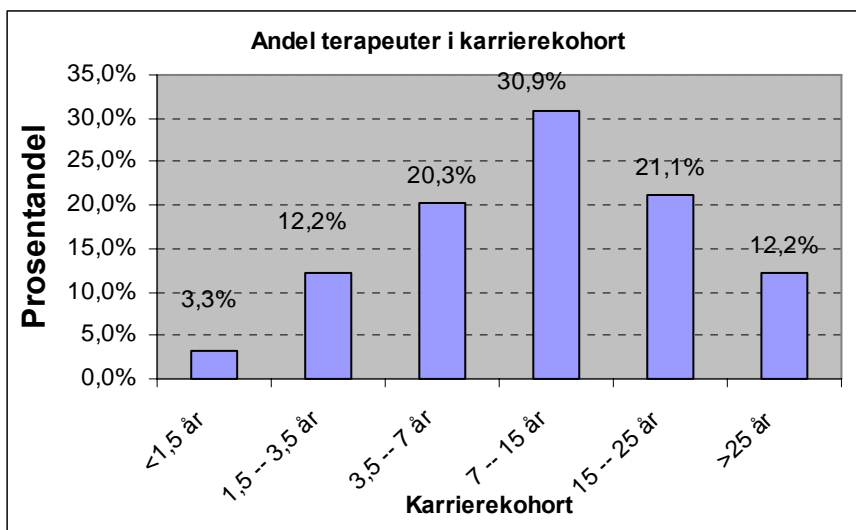
6 respondenter oppgav at de var født i et annet land enn Norge (Sverige, Danmark og Nederland). To oppgav at de betraktet seg som medlem av en sosial, kulturell eller etnisk minoritet.

4.3 Hva slags profesjonell bakgrunn og erfaring hadde sosionomene?

Det kan leses ut av flere spørsmål i undersøkelsen at sosionomer i BUP er relativt erfarne. Det var i gjennomsnitt 21,8 år siden de tok sin sosionomeksamen (n=126, Md=23,0, område=5–42). De hadde i gjennomsnitt 9,8 år erfaring fra BUP etter sosionomutdanning (n=117, Md 8,6, område=0,5–32). I tillegg hadde de i gjennomsnitt 10,7 år praksis utenom BUP (n=124, Md 20,1, område=0–39,8). Mange av respondentene har tatt med parallelle erfaringer som følge av deltidsstillinger på ulike arenaer, og det forklarer trolig at 32 % oppgir å ha mer enn 40 års samlet praksis etter sosionomeksamen.

Mange av spørsmålene i DPCCQ bruker begrepene terapi/terapeut. For en del sosionomer er dette et begrep de ikke er vant til å bruke om egen praksis. I spørreskjemaet definerte jeg alt arbeid sosionomer gjør i BUP som terapeutisk praksis. Jeg spurte: " Totalt sett, hvor lenge har du arbeidet som terapeut? Ta med all terapeutisk praksis i psykisk helsevern, rusvern og familievern, men ikke saksbehandlerpraksis i førstelinjen og administrativ praksis." Jeg har inndelt svarene i grupper etter antall års erfaring i samsvar med det som er brukt i boka *How Psychotherapists Develop* (2005:215) for å kunne sammenligne med data fra Rønnestad og von der Lippes undersøkelse av norske terapeuter (Rønnestad og von der Lippe 2000).

Gjennomsnittlig hadde sosionomene i min undersøkelse arbeidet 12,7 år som terapeut (Md 11, område 0–35). Det var bare små, og ikke signifikante forskjeller mellom sosionomene og terapeutene i utvalget til Rønnestad og von der Lippe.



Figur 2: Antall års erfaring som terapeut (Karrierekohort), n=126

Alle respondentene hadde praksis fra andre tjenestoområder enn BUP etter sosionomeksamen. Praksiserfaringen¹ fordelte seg slik at 61,3 % hadde erfaring fra sosialtjeneste, 59,7 % fra barneverntjeneste, 27,4 % fra psykisk helsevern for voksne, 21,1 % fra rusvern og 40,3 % hadde andre former for relevant praksis. Denne bredden understreker sosialarbeiderbakgrunnen som også kommer fram i analysen av praksisprofiler i kapittel 4.3.3.

4.3.1 Utdanning

En analyse av variablene som tok sikte på å kartlegge utdanningsnivå og omfang hos sosionomene, viste at det var vanskelig å gjøre dette uten bearbeidelse. Derfor har jeg sammenfattet variablene i grovere kategorier enn det skjemaet la opp til.

Det var signifikant korrelasjon mellom antall utdanninger og alder ($r=0,540$, $\text{sig}<0,001$), men ingen signifikant korrelasjon for kjønn. Det var 13,5 % som oppgav at de ikke hadde noen tidligere utdanning. Av disse var 5,6 % under utdanning. De resterende 7,9 % verken hadde videreutdanning eller var under utdanning. Det var som forventet signifikant negativ korrelasjon mellom denne gruppen og økende alder ($r=0,253$, $\text{sig}<0,01$).

¹ Summen av dette overstiger 100 % siden 72,9 % hadde erfaringer fra 2 eller flere tjenestoområder.

Det var 46,8 % som oppgav å ha en akademisk grad på nivå med cand. mag. eller høyere. Av disse hadde 9 hovedfag/mastergrad og en doktorgrad. Det var ingen signifikante forskjeller mellom kjønn eller aldersgrupper i forhold til akademisk grad.

Sosionomene ble spurt: "Totalt sett, hvor lang tid har du fått formell undervisning i terapeutisk teori og metode?" Når en ser på enkeltrespondenter, har flere svart at de er godkjente kliniske sosionomer, men at de ikke har fått formell undervisning i terapeutisk teori og metode. Denne motsigelsen tyder på at svarene er lite reliable. Jeg har som en erstatning for dette kalkulert en ny variabel basert på de opplysningene som er gitt om spesialisering og videreutdanning, da disse virker mer reliable. Denne variabelen består av samlet lengde på utdanning/opplæring i terapimetoder. Det vil si at videreutdanning i barnevern og veiledning er utelatt. Anslått lengde på hver utdanning er basert på tilgjengelige opplysninger i studieplaner og informasjon på studiestedenes nettsider. Lengde på utdanningen er basert på den tid det tar å ta utdanningen, og er slik det er vanlig å framstille det, ikke ekvivalent med studiepoeng/normert studietid. De fleste av disse utdanningene har en studieprogresjon tilsvarende 50 % av full tid, da de krever at studenten samtidig er i terapeutisk arbeid.

Tabell 3: Antall og prosentandel terapeuter med ulike videreutdanninger. n=126

	Terapeuter	
	antall	andel i %
Klinisk barne- og ungdomspsykiatri	88	69,8 %
Familieterapi¹	72	57,1 %
Kognitiv atferdsterapi	13	10,3 %
Atferdsprogram²	13	10,3 %
Psykisk helsearbeid, voksne	12	9,5 %
Gruppeterapi³	9	7,1 %
Marte Meo	7	5,6 %
Klinisk miljøterapi	2	1,6 %
Narrativ terapi	2	1,6 %
Andre terapiformer⁴	32	25,4 %
Barnevern	7	5,6 %
Veiledning	18	14,3 %

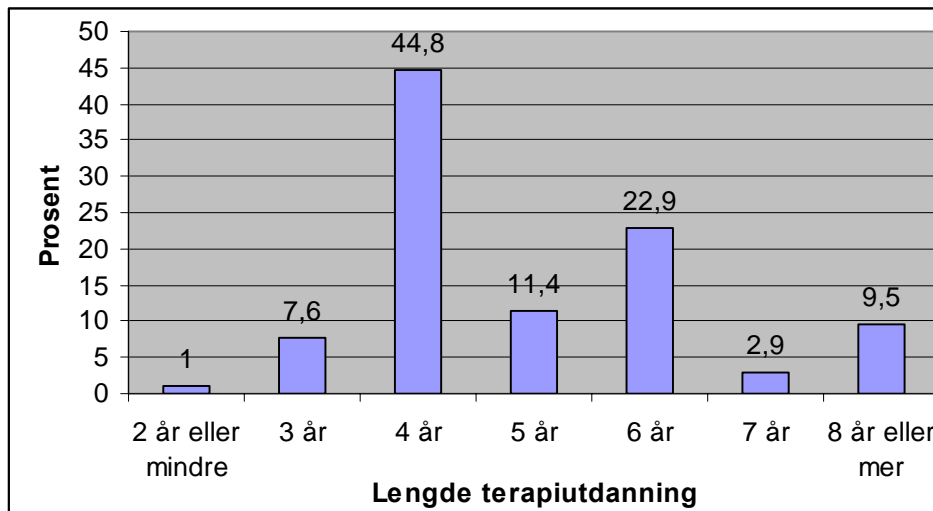
¹ Familieterapi, høyere familieterapi og systemisk terapi

² PMTO, MST og De utrolige årene

³ Gruppeterapi og gruppeanalyse

⁴ Gestaltterapi, transaksjonsanalyse, psykodrama, psykodynamisk terapi, korttidsterapi, integrativ terapi, relasjons- og nettverksarbeid, terapi ved spiseforstyrrelser, dialektisk atferdsterapi, tankefeltterapi, sexologi/seksualrådgiver, spedbarnsobservasjon og annet

Det vil være feil/svakheter med verdiene i denne variabelen, men den er sannsynligvis mer i samsvar med det reelle bildet enn det som kommer fram av spørsmålet jeg stilte om lengde på terapiopplæring.



Figur 3: Antall år terapiutdanning: Prosentvis fordelt på sosionomer med klinisk godkjenning eller fullført formell videreutdanning, n=105

Det var 25,4 % av respondentene som oppgav at de på tidspunktet for undersøkelsen var i gang med en utdanning innen en terapiform. Av disse var de tre hyppigste familierapi (31,4 %), narrativ terapi (6 %) og klinisk barne- og ungdomspsykiatri (6 %).

4.3.2 Veiledning

50 % (n=124) av sosionomene oppgav at de var i veiledning på tidspunktet for undersøkelsen. Det var signifikant forskjell ($\phi = 0,354$, sig $< 0,000$) mellom de som for tiden var i utdanning og de som ikke var i utdanning.

Tabell 4: Sammenheng mellom å være i utdanning og å være i veiledning, n=124

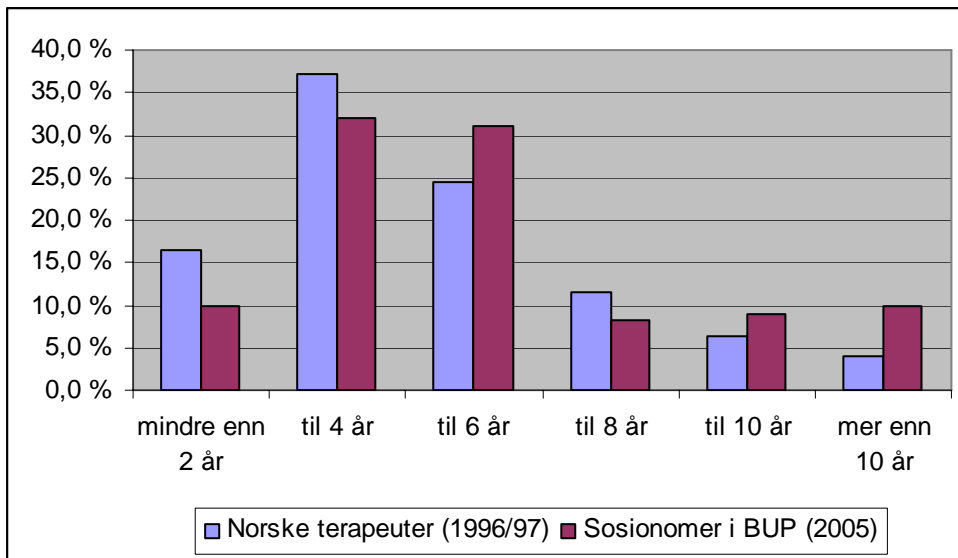
		For tiden i gang med terapiutdanning		Samlet
		Nei	Ja	
Er for tiden i veiledning	Nei	60,20 %	19,40 %	50,00 %
	Ja	39,80 %	80,60 %	50,00 %

Jeg sammenlignet totalt antall år veiledning for sosionomene (n=122, M=5,9 år, s=4,1 år) med de norske terapeutene Rønnestad og von der

Lippe (2000) undersøkte (n=561, M=4,7 år, s=3,0 år). Sosionomene hadde i gjennomsnitt 1,2 år mer veiledning. Forskjellen var signifikant ($t = -2,8$, $p < 0,005$)¹.

¹ Independent samples T-test, Equal variances not assumed, df=150,9

Fordelingen var som dette diagrammet viser:



Figur 4: Totalt antall år veiledning, norske terapeuter og sosionomer i BUP. Prosentvis fordeling.

4.3.3 Profiler av erfaring og utdanning

Jeg hadde en hypotese om at mengde og form for utdanning og erfaring kunne spille inn på praksisprofilen, eventuelt at det var egne profiler på utdanning og erfaring. Jeg plukket ut 9 variabler som enten gjenspeiler antall år utdanning, erfaring eller veiledning, eller de representerer kalkulasjoner av antall ulike praksiserfaringer eller utdanninger. I de innledende analysene ble det klart at alder ville lade omtrent like sterkt på de to dimensjonene jeg kom ut med, så denne variabelen ble ekskludert. Det var to dimensjoner med eigenvalue over 1, og begge var høyere enn de som ble kalkulert av Monte Carlo PCA. Dimensjon 1 hadde tilfredsstillende Cronbachs α , men ikke dimensjon 2 (for vurdering av α se side 32). For denne var det likevel relativt sterk signifikant korrelasjon ($r=0,478$, $\text{sig}<0,000$) mellom de to variablene med sterk ladning, så med forbehold om svak indre reliabilitet, valgte jeg å ta denne med. Sammen sto de to faktorene for 50,0 % av forklart varians.

Dimensjon 1 var sterkt ladet ($e=2.305$, % var.=28.812) av variablene som målte antall år terapiutdanning, veiledning, praksis fra BUP som sosionom og antall lisenser/kliniske godkjenninger. Jeg velger å kalle denne dimensjonen *terapierfaring*. Det vil altså si at denne dimensjonen viser grad av erfaring og utdanning innen terapi. Dimensjon 2 var sterkt ladet ($e=1.697$, % var.=21,215) med antall år praksis som sosionom utenom BUP og antall tjenestoområder en har praksis fra. Jeg kaller denne dimensjonen for *bred erfaring*, slik at

denne dimensjonen representerer en bred erfaring som omfatter flere tjenesteområder og dermed sannsynligvis erfaring fra mer tradisjonelle sosialarbeiderstillinger. De to dimensjonene av erfaring og utdanning korrelerte ikke med hverandre.

Tabell 5: Dimensjoner av erfaring og utdanning – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger, n=106

Dimensjoner og ledd	α (hvis slettet)	M	s	Mønstermatrise		Strukturmatrise	
				1	2	1	2
Terapierfaring:	0,633	1,61	0,86				
Terapiutdanning, år	(0,615)	9,84	6,79	0,865	0,018	0,863	-0,078
Totalt antall år veiledning	(0,661)	1,68	1,14	0,648	0,037	0,644	-0,035
Praksis fra BUP etter sosionomutdanning, år	(0,466)	5,03	2,88	0,615	-0,165	0,633	-0,233
Totalt antall lisenser, kliniske utdanninger	(0,499)	5,93	4,08	0,475	0,214	0,451	0,161
Høyeste nivå på akademisk grad	(0,615)			0,146	-0,081	0,155	-0,097
Bred erfraing:	0,226	1,48	0,63				
Praksis etter sosionomeksamen utenom BUP, år	b	3,16	1,53	0,040	0,812	-0,050	0,807
Praksis fra antall tjenesteområder	b	3,94	1,03	0,089	0,590	0,023	0,580
Praksis før sosionomutdanning, år	b	1,79	1,75	0,096	-0,298	0,130	-0,309

Ekstraksjonsmetode: Principal Axis Factoring (PAF).

Rotasjon: Oblimin med Kaiser normalisering

^a Rotasjon konvergente med 5 repetisjoner

^b Kunne ikke kalkuleres.

4.4 Hva slags stilling hadde sosionomene, og hvor arbeidet de?

Arbeidskontekst og arbeidsrolle kan fortelle mye om hvilke betingelser for utøvelse av faget som er til stede, og hvilke muligheter som finnes for faglig utvikling.

Det var en forutsetning for å bli inkludert i undersøkelsen at en arbeidet som behandler (ekskludert miljøterapeuter) i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten) for barn og unge. Dette omfatter poliklinikker, dag/døgnavdelinger og ambulerende tjenester. Ambulerende tjenester var i liten grad aktuelt, da de vanligvis defineres som miljøterapi, selv om dette kan diskuteres. Noen av respondentene hadde stillinger som omfattet både miljøterapi og samtaleterapi. Disse er inkludert i materialet.

Respondentene var i hovedsak i 100 % stilling. 11,1 % var i redusert stilling, og ingen hadde under 50 % stilling. Jeg fant ingen signifikante korrelasjoner med andre variabler. Den klart vanligste arbeidskonteksten var poliklinikk, hvor 84,9 % av respondentene arbeidet. 11,1 % arbeidet i sengepost og 4,0 % i dagpost, ambulerende tjenester eller familieenhet.

4.4.1 Betegnelse på stilling og profesjonell bakgrunn

Jeg var interessert i hvilken identitet sosionomene hadde, og en del av identiteten er hvordan en betegner seg selv som profesjonell. Spørsmålet var: "Hva kaller du stillingen du har?"

Tabell 6: Stillingsbetegnelse fordelt på kjønn, alder under/over 50 år, med/uten videreutdanning, n=126

Stillingsbetegnelse	Kjønn		Alder		Er i videreutd./ har videreutd.		Akademisk grad		Alle
	Kvinne	Mann	Under 50 år	50 år og eldre	Nei	Ja	Nei	Ja	
Klinisk Sosionom	63,3 %	57,1 %	46,4 %	74,3 %	0,0 %	67,2 %	54,2 %	69,7 %	61,9 %
Sosionom	16,3 %	10,7 %	25,0 %	7,1 %	70,0 %	10,3 %	20,3 %	10,6 %	15,1 %
Sosialkonsulent	9,2 %	7,1 %	12,5 %	5,7 %	30,0 %	6,9 %	10,2 %	7,6 %	8,7 %
Familieterapeut	1,0 %	7,1 %	1,8 %	2,9 %	0,0 %	2,6 %	3,4 %	1,5 %	2,4 %
Div. lederbetegnelser	6,1 %	7,1 %	7,1 %	5,7 %	0,0 %	6,9 %	5,1 %	7,6 %	6,3 %
Annet	4,1 %	10,7 %	7,1 %	4,3 %	0,0 %	6,0 %	6,8 %	3,0 %	5,6 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Jeg forsøkte å teste signifikansen i forskjellene mellom de ulike gruppene, men dataene innfridde ikke forutsetningene for χ^2 -test fordi det var for mange celler med mindre enn 5 enheter. Vi ser at de yngre sosionomene i større grad hadde stilling som sosionom/ sosialkonsulent, og de eldre i større grad var klinisk sosionomer. Dette har trolig sammenheng med at en del av de yngre ikke har kommet i gang med klinisk videreutdanning.

Identiteten er ikke bare påvirket av stillingsbetegnelse. Det er like mye et spørsmål om hvordan en betegner sin faglige bakgrunn. På dette svarte 48,8 % sosionom, 42,3 % klinisk sosionom og 8,9 % annet. For lettere å se sammenhengen mellom å oppfatte seg som klinisk sosionom og ha en slik stilling

reduserte jeg også

stillingsbetegnelsene til hhv klinisk sosionom, sosionom og annet.

Tabell 7 og tabell 8 viser at av de som betegner sin faglige bakgrunn som klinisk sosionom, har 71 % stilling som klinisk sosionom, og 25 % andre stillinger. Bare en liten

andel av disse har stilling som sosionom. Dette gjenspeiler trolig kravene til kvalifikasjoner for disse stillingene.

Tabell 7: Stillingsbetegnelse/faglig bakgrunn, n=123

Stillingsbetegnelse		Faglig bakgrunn			Total
		Klinisk sosionom	Sosionom	Annet	
Stillingsbetegnelse	Klinisk sosionom	71,2 %	50,0 %	72,7 %	61,0 %
	Sosionom	3,8 %	26,7 %	9,1 %	15,4 %
	Annet	25,0 %	23,3 %	18,2 %	23,6 %
	Sum	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Av de som oppgir annet som faglig bakgrunn, har 73 % stilling som klinisk sosionom, 9 % har stilling som sosionom og 18 % som annet. Det er også verdt å merke seg at det er 40 % av de som har stilling som klinisk sosionom som fremdeles betegner

Tabell 8: Faglig bakgrunn/stillingsbetegnelse, n=123

		Stillingsbetegnelse			Total
		Klinisk sosionom	Sosionom	Annet	
Faglig bakgrunn	Klinisk sosionom	49,3 %	10,5 %	44,8 %	42,3 %
	Sosionom	40,0 %	84,2 %	48,3 %	48,8 %
	Annet	10,7 %	5,3 %	6,9 %	8,9 %
	Sum	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

sin faglige bakgrunn som sosionom. Dette kan si noe om et skille mellom å se på seg selv som terapeut og som sosialarbeider. De som oppgir sosionom som faglig bakgrunn og annet som stillingsbetegnelse er i hovedsak i stilling som fagkonsulent, sosialkonsulent og sosionom i utdanning. De som oppgir klinisk sosionom som faglig bakgrunn og annet som stillingsbetegnelse er i hovedsak i lederstillinger og stilling som familieterapeut.

Tabell 9: Klinisk sosionom i BUP, fordelt på stillingsbetegnelse. n=125

		Klinisk sosionom, BUP		
		Ja	Nei	Total
Prosent av Navn på stilling	Klinisk sosionom	79,3 %	23,7 %	62,4 %
	Sosionom	3,4 %	42,1 %	15,2 %
	Annet	17,2 %	34,2 %	22,4 %
	Totalt	100,0 %	100,0 %	100,0 %

De fleste med godkjenning som klinisk sosionom i barne- og ungdomspsykiatri hadde også klinisk sosionom som stillingsbetegnelse. De som ikke hadde slik

godkjenning, men som hadde stillingsbetegnelsen klinisk sosionom, hadde trolig godkjenning som klinisk sosionom i familieterapi eller voksenpsykiatri.

4.4.2 Antall ansatte, andel sosionomer og lederskap

Det er av betydning for faglig utvikling og utforming av den profesjonelle rollen hvor mange en arbeider sammen med og om det er flere sosionomer i teamet. Jeg spurte derfor: "Hvor mange ansatte er det i virksomheten? Ta utgangspunkt i den delen av virksomheten du opplever som ditt daglige arbeidsmiljø." Det varierer nødvendigvis hvordan denne avgrensningen ble forstått, men jeg ønsket å få fram det som var den subjektive opplevelsen. Resultatene viser at hovedtyngden, 82,5 %, arbeider i virksomheter med mellom 6 og 30 ansatte. Noen få, 4,8 %, arbeider i mindre virksomheter og 12,7 % i større virksomheter (M=19,6 ansatte, Md=18, s=10,8)

17,5 % var eneste sosionom på arbeidsplassen, 73 % arbeidet der det var 2-6 sosionomer, og de resterende 9,5 % der det var 7 eller flere sosionomer. Det var meget sterk korrelasjon

mellom antall sosionomer og antall ansatte ($r=0,767$, $\text{sig}<0,01$). 14 % arbeidet i virksomhet med under 10 % sosionomer, vel 3 av 4 arbeidet i virksomhet der andelen sosionomer var mellom 11 og 30 %.

16,9 % av respondentene ($n=124$) hadde lederoppgaver. Det var ikke spesifisert hvilke lederoppgaver, men ut fra stillingsbetegnelsen ser jeg at det varierte fra poliklinikkleder til teamleder. Det var ingen signifikant korrelasjon mellom alder og det å inneha lederoppgaver, men en moderat korrelasjon med kjønn på $r=0,219$ ($p<0,05$). Av kvinnene hadde 12,5 % lederoppgaver, og av mennene var det 32,1 % som hadde lederoppgaver.

4.4.3 Bruk av arbeidstid på ulike arbeidsoppgaver

Jeg spurte sosionomene hvor mye tid¹ de brukte på en rekke definerte arbeidsoppgaver. Gjennomsnittlig oppgav de at de brukte ca. 15 t/uke (40 %) på terapi, 5 t/uke (13 %) på faglig oppdatering, 7,7 t/uke (21 %) på samarbeid og 2,2 t/uke (6 %) på adm./ledelse, til sammen ca 30 t/uke. Jeg spurte ikke direkte etter tid brukt på møter og reiser, og jeg regner med at dersom jeg hadde gjort det ville den samlede summen blitt høyere.

Det å være mann korrelerte moderat positivt med å gi internundervisning. Det å ha godkjenning som klinisk sosionom i barne- og ungdomspsykiatri korrelerte moderat positivt med gruppeterapi og å gi veiledning, og moderat negativt med deltakelse på kurs og å få veiledning. Alder korrelerte moderat positivt med parsamtaler med foreldre, familieterapi og å gi internundervisning og relativt sterkt positivt med å gi veiledning og negativt med å få veiledning.

Det var en moderat, negativ korrelasjon mellom antall ansatte og bruk av tid på annen faglig oppdatering, men ingen signifikante korrelasjoner med antall sosionomer. Antall år sosionomene hadde arbeidet som terapeut korrelerte relativt sterkt positivt med å gi veiledning, og moderat positivt med å få veiledning, administrasjon/ledelse og moderat negativt med deltakelse på kurs og annen oppdatering. Det var ingen signifikante korrelasjoner med akademisk grad.

¹ Prosentene beregnet med utgangspunkt i full arbeidsuke, 37,5 timer.

Tabell 10: Timer/uke på ulike arbeidsoppgaver – korrelasjon med kjønn, klinisk sosionom, alder, antall ansatte, antall sosionomer, år som terapeut og akademisk nivå, n=122–124

	I alt		Kjønn	Klinisk sosionom	Alder	Antall ansatte	Antall sosionomer	År som terapeut	Akademisk nivå
	M	s	r ^a (Mann-Whitney)		Spearman's rho (ρ)				
Ind. samtaler barn	3,9	4,0	-0,023	-0,012	-0,075	-0,109	-0,057	-0,094	-0,010
Ind. samtaler foreldre	3,6	2,6	-0,102	-0,030	-0,061	0,092	0,116	-0,102	-0,106
Parsamtaler foreldre	3,2	3,0	-0,104	-0,073	0,205(*)	-0,046	-0,012	0,112	-0,046
Familieterapi	3,6	3,7	-0,061	-0,167	0,195(*)	0,118	0,119	0,127	0,086
Gruppeterapi	0,5	1,3	-0,045	-0,181(*)	0,018	0,118	-0,007	0,150	-0,032
Nettverksterapi	0,2	0,7	-0,026	-0,092	-0,068	0,131	-0,038	0,042	0,050
Gi undervisning	0,4	0,7	-0,192(*)	-0,066	0,189(*)	0,075	0,093	0,177	0,005
Deltakelse på kurs	1,4	2,2	-0,049	-0,228(*)	-0,083	0,032	-0,017	-0,198(*)	0,070
Få veiledning	0,8	1,0	-0,034	-0,283(**)	-0,385(**)	-0,098	-0,141	-0,336(**)	-0,011
Gi veiledning	1,2	1,6	-0,087	-0,268(**)	0,351(**)	0,089	0,084	0,357(**)	-0,002
Annen oppdatering	1,2	1,4	-0,040	-0,066	-0,128	-0,196(*)	-0,138	-0,199(*)	0,005
Adm./ledelse	2,2	4,5	0,000	-0,053	0,131	-0,003	-0,016	0,201(*)	0,022
Samarbeid med andre	3,1	2,2	-0,019	-0,016	0,059	-0,055	-0,069	0,076	0,183(*)
Samarbeid internt	4,6	4,7	-0,102	-0,004	-0,091	0,052	-0,022	-0,017	-0,024

* Signifikant tosidig korrelasjon på 0,05-nivå

** Signifikant tosidig korrelasjon på 0,01-nivå

^ar = $\frac{Z}{\sqrt{n}}$ etter Field (2005:531-2)

4.5 Hvem arbeidet sosionomene med, og hvordan arbeidet de?

Undersøkelsen baserer seg på selvrapportering, så det jeg presenterer er et bilde av respondentenes oppfatning. Jeg spurte på flere måter etter deres oppfatning av hvem de arbeidet med og hvordan de arbeidet. Hensikten var å se om denne oppfatningen hadde trekk som ville passe med deres sosialarbeiderbakgrunn. Et tema som ofte blir diskutert er hvilke pasient- eller klientgrupper¹ sosionomer i BUP arbeider med. Jeg spurte om dette på flere måter slik at jeg fikk fram hvem de så på som målgrupper: antall saker, alder og funksjonsnivå på klientgruppa, behandlingsform, samarbeid med andre instanser og bruk av juridisk kunnskap.

4.5.1 Antall saker

Det var ingen direkte spørsmål om totalt antall saker/klienter sosionomen arbeidet med. Et spørsmål spurte etter antall saker innen modaliteter (kategorier av måter å arbeide på), et annet etter antall klienter innenfor ulike aldersgrupper og et siste etter antall klienter fordelt på

¹Se definisjonen av begrepene pasient og klient på side 9.

funksjonsnivå/grad av forstyrrelse. Det vil si at ett spørsmål spurte etter antall saker og to etter antall klienter. Det vil knytte usikkerhet til alle disse variablene, men jeg har etter en vurdering av datakvaliteten valgt å la saker etter modaliteter stå som mål for antall saker (se side 50). Respondentene hadde i gjennomsnitt 17,75 saker ($s=9,45$, $n=121$.)

4.5.2 Målgruppe for arbeidet

Sosionomer har ulike målgrupper for sitt arbeid, og som jeg skrev om i kapitlet om sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag, kan både klienter i vanlig forstand, men også administrasjon og ledelse være målgruppe for arbeidet.

Jeg hadde også en hypotese om at sosialarbeideridentiteten ville påvirke hvem en så som målgruppe for arbeidet. Jeg spurte " I hvilken grad ser du på følgende grupper som målgrupper for ditt arbeid?" der respondentene kunne merke av på en likert-skala fra 0–5.

Tabell 11: Verdi som målgruppe for arbeidet, (ikke noe= 0, svært mye=5), gjennomsnitt hele utvalget, n=126

	Målgruppe						
	Barn (0-12)	Ungdom (12-18)	Foreldre	Familie /utvidet familie	Nettverk	Andre hjelpe-tjenester	Politikere /ledere
Gjennomsnittlig verdi	3,39	3,91	4,66	4,16	3,27	3,87	1,26

Svarene ble sjekket for korrelasjoner med variablene: terapeutens alder og kjønn, antall sosionomer, antall ansatte, andel sosionomer av alle ansatte, høyeste akademiske grad og det å være klinisk sosionom. Det var moderat negativ korrelasjon mellom mannlige terapeuter og målgruppen andre hjelpeinstanser ($\rho=-0,219$, $\text{sig.}=0,014$). Det var en moderat positiv korrelasjon mellom høyere akademisk grad og målgruppene familie ($\rho=0,178$, $\text{sig.}=0,047$) og nettverk ($\rho=0,224$, $\text{sig.}=0,012$). Det var moderat positiv korrelasjon mellom å se familie/utvidet familie som målgruppe, antall sosionomer på arbeidsplassen ($\rho=0,259$, $\text{sig.}=0,003$) og antall ansatte totalt ($\rho=0,216$, $\text{sig.}=0,015$). Det var ellers ingen signifikante korrelasjoner med i variablene nevnt i dette avsnittet.

Jeg vurderte disse variablene for faktoranalyser, men det var ikke mulig å få til en reliabel og meningsfull analyse med faktor- eller komponentanalyse. En vurdering av korrelasjonsmatrise viser likevel at det er sammenhenger mellom en gruppe av disse variablene.

Slik jeg tolket denne matrisen, var det grunnlag for å se på variablene foreldre, familie/utvidet familie, nettverk og politikere/ledere som en skala. En reliabilitetsanalyse viste at dette var tilfelle (Cronbachs $\alpha=0,663$). Det hadde vært ønskelig med en høyere α , men siden det ellers gir mening valgte jeg å produsere en skala av disse variablene. De to gjenværende variablene har lav korrelasjon med de andre, og det samsvarer med det jeg fant i forsøkene på faktoranalyser. På denne måten kommer jeg for dette leddet i undersøkelsen ut med de tre dimensjonene for målgrupper: barn ($M=3,42$, $s=1,71$), ungdom ($M=3,90$, $s=1,49$) og barns/ungdoms omgivelser ($M=3,46$, $s=0,81$). Verdiene for den siste dimensjonen kalkulerte jeg med gjennomsnittet av de fem variablene. Dette kan være et uttrykk for at sosionomer har både barn og ungdom som målgruppe, men ut fra standardavviket kan det se ut som om det er store variasjoner. Det er imidlertid små variasjoner i synet på barnets omgivelse som målgruppe for arbeidet.

Tabell 12: Korrelasjonsmatrise^a – målgrupper for arbeide, n=124–126

	Barn (0-12)	Ungdom (12-18)	Foreldre	Familie/utvidet familie	Nettverk	Andre hjelpe tjenester	Politikere/ledere
Barn (0-12)	1	-0,144	0,184(*)	0,131	0,154	0,144	0,189(*)
Ungdom (12-18)	-0,144	1	0,122	0,053	-0,106	-0,038	0,029
Foreldre	0,184(*)	0,122	1	0,305(**)	0,205(*)	0,303(**)	0,073
Familie/utvidet familie	0,131	0,053	0,305(**)	1	0,512(**)	0,260(**)	0,120
Nettverk	0,154	-0,106	0,205(*)	0,512(**)	1	0,451(**)	0,332(**)
Andre hjelpetjenester	0,144	-0,038	0,303(**)	0,260(**)	0,451(**)	1	0,272(**)
Politikere/ledere	0,189(*)	0,029	0,073	0,120	0,332(**)	0,272(**)	1

* Signifikant tosidig korrelasjon på 0,05-nivå

** Signifikant tosidig korrelasjon på 0,01-nivå

^a Pearsons r

4.5.3 Alder på aktuell klientgruppe

En vanlig forestilling om sosionomer er at de arbeider med ungdommer og foreldre. Dette ble bekreftet i svarene, men det er så store svakheter med utformingen av spørsmålet at jeg vil ta store forbehold ved validiteten på svarene. Spørsmålet som ble stilt var: "Hvor mange klienter har du for tiden i behandling innenfor følgende aldersgrupper?" Et usikkerhetsmoment er hva respondentene definerer som klienter, et annet er at respondentene trolig ikke hadde eksakte tall tilgjengelig når de fylte ut skjemaet. Svarene vil trolig være et subjektivt mål på antall klienter, men vil ikke være det samme som henviste pasienter. Hensikten med å stille spørsmålet som jeg gjorde, var også å få med det arbeidet som ble gjort i forhold til foreldre/familie.

Tabell 13: Klienter fordelt på aldersgrupper, klienter pr terapeut og terapeuter som arbeider med denne gruppen, n=123

	Alder på klientgruppe						
	6år og yngre	7-12 år	13 til 19 år	20 til 29 år	30 til 49 år	50 til 65 år	65 år og eldre
Gjennomsnittlig antall klienter pr terapeut	1,20	5,15	9,49	0,54	4,79	0,67	0,02
Andel terapeuter som arbeider med denne gruppen	34,1 %	75,6 %	89,4 %	16,3 %	40,7 %	22,0 %	1,6 %

Jeg kalkulerte korrelasjoner mellom alder på klientgruppe og variablene terapeutens alder, antall ansatte, antall sosionomer, andel sosionomer av ansatte, høyeste nivå på akademisk grad og målgruppe. Det var bare en signifikant korrelasjon, nemlig mellom å arbeide med aldersgruppen 7-12 og antall sosionomer ($\rho=0,211$, $\text{sig}<0,05$). En analyse av gjennomsnittlig antall klienter i ulike aldersgrupper for de kategoriske variablene kjønn, godkjent klinisk sosionom og under utdanning viste bare små ikke-signifikante forskjeller.

4.5.4 Funksjonsnivå / grad av forstyrrelse

Respondentene ble spurt om antall klienter de for tiden behandlet, fordelt på en liste over funksjonsnivå/grad av forstyrrelse tilsvarende akse VI i diagnosesystemet ICD-10. Svarene fordelte seg slik på hele utvalget:

Tabell 14: Klienters funksjonsnivå/grad av forstyrrelse, sosionomer med ≥ 1 i hver gruppe, gjennomsnitt, antall og prosentandel av alle klienter.

	n	% med ≥ 1 i gr.	Gj. snitt	Antall klienter	% av klienter
1. Ingen eller nesten ingen symptomer	110	12,7 %	0,25	27	1,52 %
2. Symptomene er forbigående	110	42,7 %	1,45	160	9,01 %
3. Svake, men vedvarende symptomer	110	70,0 %	4,04	444	25,01 %
4. Moderate symptomer	107	81,3 %	5,35	572	32,23 %
5. Alvorlige symptomer	104	86,5 %	3,80	395	22,25 %
6. Alvorlige forstyrrelser i realitetsoppfatning eller kommunikasjon	107	43,0 %	1,12	120	6,76 %
7. Alvorlige forstyrrelser i kommunikasjon eller dømmekraft	109	19,3 %	0,28	30	1,69 %
8. Vesentlig fare for å skade seg selv eller andre	107	16,8 %	0,25	27	1,52 %
Sum			16,53	1775	100,00 %

Det var positiv korrelasjon mellom antall klienter i mange av kategoriene av funksjonsnivå og det å ha klinisk godkjenning, men den var bare signifikant ($r=-0,243$, $\text{sig.}=0,013$) i kategori 5: alvorlige symptomer. Det var positive korrelasjoner mellom å være i hel stilling og antall

klienter i kategori 5 ($r=-0,297$, $\text{sig.}=0,001$) og kategori 6 ($r=-0,265$, $\text{sig.}=0,007$)¹, og antall år som terapeut og gruppe 8 ($\rho=-0,281$, $\text{sig.}=0,004$). Det var negativ korrelasjon mellom antall klienter og å være i veiledning, men det var bare signifikante verdier for klientgruppe 8 – de med lavest funksjonsnivå. Det var negativ korrelasjon mellom akademisk nivå og antall klienter i alle grupper funksjonsnivå unntatt gruppe 5, men det var signifikant nivå bare for gruppe 6 ($\rho=-0,218$, $\text{sig.}=0,027$) og 7 ($\rho=-0,213$, $\text{sig.}=0,025$). Jeg fant ingen signifikante korrelasjoner mellom antall klienter innenfor de ulike gruppene av funksjonsnivå og noen andre aktuelle variabler.

4.5.5 Behandlingsform

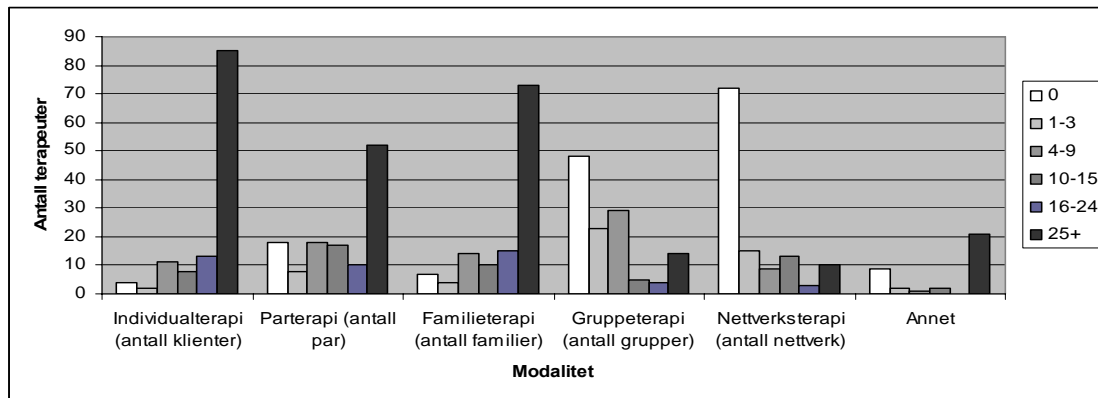
En hypotese er at det er mønster blant respondentene i forhold til hvor mye de bruker ulike terapimodaliteter. Med terapimodaliteter mener jeg inndeling av arbeidet etter hvem en arbeider direkte med (individuell terapi, familierapi osv.) Dette er en inndeling jeg har hentet fra det opprinnelige DPCCQ, og som også er referert i Orlinsky og Rønnestad (2005:95). Det var tre ulike ledd i undersøkelsen som var aktuelle å bruke. Et spurte etter hvor mange klienter en hadde behandlet i alt, et annet etter hvor mange saker en har nå og et tredje etter hvor mange timer en bruker pr. uke på de ulike modalitetene. Jeg valgte å bruke det siste leddet til forsøk på faktoranalyser, da det var minst tvetydig å svare på og bedre gjenspeiler ressursbruket på de terapiformene som kjennetegner sosialt arbeid (familierapi og nettverksterapi).

Tabell 15: Terapimodalitet – antall timer i uka og antall klienter for tiden – statistiske karakteristika.

	Modalitet	n	%>0	M	Md	s
Antall timer i uka brukt på denne terapiformen	Individualløstaler med barn	124	78,2	3,87	3	4,00
	Individualløstaler med foreldre	123	91,1	3,64	3	2,64
	Parsamtaler med foreldre	124	84,7	3,24	2	3,00
	Familierapi	124	86,3	3,61	3	3,73
	Gruppeterapi	124	22,6	0,49	0	1,25
	Nettverksterapi	124	9,7	0,17	0	0,67
Antall klienter i behandling for tiden	Individualløstaler (antall klienter)	122	83,6	7,13	5	6,74
	Parterapi (antall par)	122	47,5	2,18	0	3,51
	Familierapi (antall familier)	122	88,5	5,85	4	5,58
	Gruppeterapi (antall grupper)	122	19,7	0,26	0	0,61
	Nettverksterapi (antall nettverk)	122	13,1	0,65	0	2,71

¹ Mann-Whitney, $r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$ etter Field (2005:531-2)

Det var 86,9 (n=122) av sosionomene som arbeidet ut fra to eller flere ulike modaliteter. Jeg spurte også hvor mange klienter de hadde behandlet totalt sett med ulike modaliteter. Grafisk kan det framstilles på denne måten:



Figur 5: Antall klienter behandlet med ulike terapimodaliteter i karrieren fordelt på antall terapeuter.

Kategorien "annet" omfatter arbeidsformene foreldreveiledning (14), utredning (3), koordinering (3) og miljøterapi (2).

Disse variablene egnert seg i utgangspunktet dårlig for faktoranalyse eller andre former for datareduksjon. Det var liten korrelasjon mellom variablene og ingen klare mønstre kom fram med noen form for analyse. Jeg fjernet så nettverksterapi og gruppeterapi, da det var få respondenter som hadde svart at de praktiserte disse terapiformene (se tabell 15). Da kom det fram et mønster som tyder på to dimensjoner i praktisering av modaliteter, hvor den ene pekte i retning av individualterapi med barn og den andre i retning av familieterapi. Det var imidlertid ikke høyere egenvalue for disse enn for tilsvarende faktorer i Monte Carlo SPA, og det sammen med de store vanskene med å få fram mønstre som ga mening, gjorde at jeg forkastet videre faktoranalyse av disse variablene.

4.5.6 Samarbeid med andre instanser

Sosialt arbeid har som et kjennetegn at det foregår i grenseområdene mellom den private og offentlige sfære, og i møtet mellom ulike offentlige sfærer. For å ivareta helhetssynet og den konteksten klienter lever i, er det nødvendig å samarbeide med andre instanser. Derfor er både omfanget og profilen på hvem en samarbeider med interessant. Det var et ledd i undersøkelsen som spurte om hvor mange saker sosionomen for tiden var engasjert i, der

han/hun samarbeidet med en liste over aktuelle samarbeidsparter. Det var 6 grupperte svaralternativ for antall saker.¹

Jeg fjernet underveis i analysen variablene for samarbeid med privatpraktiserende psykolog og familievern, da disse bidrog til svakere skille mellom dimensjonene og generelt hadde lite bidrag. Det var 4 faktorer med eigenvalue over 1, men bare to med eigenvalue over Monte Carlo PCA. Disse to sto samlet for 40,9 % av forklart varians. Dimensjon 2 har bare negative ladninger, og den vil bli snudd før videre analyser.

Dimensjon 1 ($e=3,855$, % var.=29,653) er preget av tjenesteområder som en i denne sammenhengen i stor grad kan regne med betjener voksne eller ungdommer. Det er mulig jeg trekker litt vide konklusjoner her, men jeg velger å kalle denne dimensjonen for *samarbeid om ungdom og voksne*. Dimensjon 2 ($e=1,465$, % var.=11,272) er kjennetegnet av tjenesteområder som i stor grad betjener mindre barn. Derfor kaller jeg denne dimensjonen *samarbeid om mindre barn*.

Tabell 16: Dimensjoner av samarbeid – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger, n=118

Dimensjoner og ledd	α (hvis slettet)	M	s	Mønstermatrise ^a		Strukturmatrise	
				1	2	1	2 ^b
Samarbeid om ungdom og voksne:	0,642	0,73	0,38				
Politi	(0,618)	0,62	0,66	0,600	0,090	0,560	-0,173
Somatisk sykehus	(0,620)	1,42	1,02	0,522	0,080	0,487	-0,150
Rusvern	(0,616)	0,19	0,43	0,497	0,025	0,486	-0,194
Psykisk helsevern for voksne	(0,608)	0,64	0,63	0,381	-0,225	0,480	-0,393
Andre enheter i BUP	(0,589)	0,89	0,83	0,377	-0,007	0,380	-0,173
OT/PPT for videregående skole	(0,636)	1,22	0,78	0,376	-0,130	0,434	-0,296
Sosialtjeneste	(0,597)	0,63	0,63	0,358	-0,085	0,395	-0,242
Fastlege	(0,602)	0,24	0,50	0,304	-0,274	0,425	-0,408
Samarbeid om mindre barn:	0,642	1,88	0,80				
PPT for barnehage og grunnskole	(0,694)	1,98	0,73	-0,269	-0,906	0,130	-0,788
Skole	(0,709)	1,10	0,94	0,164	-0,634	0,442	-0,706
Helsestasjon	(0,673)	1,87	1,06	0,286	-0,450	0,484	-0,576
Barneverntjeneste	(0,737)	0,48	0,74	0,376	-0,445	0,572	-0,611
Barnehage	(0,654)	2,09	1,09	0,082	-0,401	0,259	-0,437

Ekstraksjonsmetode: Principal Axis Factoring (PAF).

Rotasjon: Oblimin med Kaiser normalisering

^a Rotasjonen konvergente med 11 repetisjoner

^b Denne faktoren ble snudd (verdi *-1) før videre analyser.

¹ 0=0 saker; 1=1–3 saker; 2=4–9 saker; 3=10–15 saker; 4=16–24 saker; 5=25+ saker.

Som en ser av tabell 16 er det mye overlapp av sterke ladninger i strukturmatrisen. Særlig skole, helsestasjon, barneverntjeneste, fastlege og voksenpsykiatri har sterke ladninger. Det viser at selv om det er dimensjoner av ulik orientering, er det ikke til eksklusjon for å arbeide med disse samarbeidspartene.

4.5.7 Bruk av juridisk kunnskap

Det er et viktig aspekt av sosialarbeideridentiteten å være oppdatert på juridisk kunnskap som kan komme klientene til gode. Jeg var interessert i å undersøke sosionomenes bruk av lover som regulerer rettigheter og hjelpetiltak for klienter, og lover som regulerer tjenesteområdet vi arbeider i. Spørsmålet jeg stilte var: "Hvor mye bruker du kunnskap om de følgende lovene i vurderingene av aktuelle hjelpetjenester for barn og familier?". Det vil si at jeg vinklet spørsmålet mot det kliniske arbeidet, og ikke mot strukturelt arbeid. Det var til sammen 8 lover som skulle skåres på en likert-skala fra 0 (ikke noe) til 5 (svært mye).

Selv om det var en klar todeling i variablene, og det på flere måter var en gruppe variabler som kunne ha egnet seg for datareduksjon ved skalering, valgte jeg også her å bruke PAF, fordi det var korrelasjon mellom faktorene ($r=0,414$, $\text{sig}<0,000$). De to faktorene som hadde eigenvalue over 1, var også større enn tilsvarende eigenvalue fra Monte Carlo PCA. De sto for til sammen 72,6 % av total forklart varians.

Tabell 17: Dimensjoner av lovanvendelse – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger, n=111

Dimensjoner og ledd	α (hvis slettet)	M	s	Mønstermatrise ^a		Strukturmatrise	
				1	2	1	2
Helselover	0,916	2,91	1,18				
Lov om spesialisthelsetjenesten	(0,875)	2,94	1,28	0,953	-0,057	0,930	0,338
Lov psykisk helsevern	(0,895)	3,22	1,29	0,909	-0,063	0,891	0,433
Lov om helsepersonell	(0,900)	2,48	1,33	0,859	0,077	0,883	0,314
Lov om pasientrettigheter	(0,893)	3,19	1,24	0,845	0,087	0,881	0,437
Barn-, sosial og trygdlover	0,807	2,55	0,97				
Lov sosiale tjenester	(0,712)	2,09	1,22	-0,006	0,874	0,357	0,872
Lov om barneverntjenester	(0,723)	3,33	1,17	-0,062	0,870	0,299	0,845
Lov om folketrygd	(0,759)	2,29	1,24	-0,037	0,828	0,307	0,813
Lov om barn og foreldre	(0,827)	2,82	1,17	0,171	0,571	0,408	0,642

Ekstraksjonsmetode: Prinsippal komponentanalyse

Rotasjon: Oblimin med Kaiser normalisering

^a Rotasjon konvergente med 4 repetisjoner

Dimensjon 1 ($e=4,173$, 52,2 % av var.) representerer ladninger knyttet til *helselover*.

Dimensjon 2 ($e=1,633$, 20,4 % av var.) representerer ladninger knyttet til Sosialtjeneste-,

Barneverntjeneste- og Folketrygdloven og Lov om barn og foreldre. Jeg finner ikke noe felles begrep som kan kjennetegne denne dimensjonen, men ser at det er mer med det klientrettede arbeidet og er mer knyttet til utadrettet samarbeid. Jeg kaller dimensjonen for *barn-, sosial- og trygdelover*.

4.6 Hvilken faglig/teoretisk profil hadde sosionomene?

Jeg ønsket med prosjektet å se etter spor av sosialarbeiderbakgrunnen i måten sosionomene beskrev sitt arbeid og sin faglige profil. I tillegg til det som allerede lå i DPCCQ om faglig orientering, la jeg til flere spørsmål som skulle få fram det særegne ved sosialt arbeid. Først vil jeg presentere hvordan respondentene opplevde teoretisk påvirkning før og nå og sammenligne teoretisk påvirkning med Rønnestad og von der Lippe sin undersøkelse (Rønnestad og von der Lippe 2000). Deretter vil jeg vise hvilken faglig orientering respondentene har på sin praksis, basert på hypotesene presentert i kapittel 0.

4.6.1 Teoripåvirkning over tid

Respondentene ble spurt om hvordan ulike teoretiske retninger har påvirket deres terapeutiske arbeid. Dette spørsmålet ble stilt i to former; et for den tiden da de begynte som terapeut og et for nåværende påvirkning. I tabell 18 er resultatene fra disse to spørsmålene sammenfattet. Signifikansen er testet med Wilcoxon Signed Ranks Test.

Tabell 18: Påvirkning av ulike teoretiske retninger (min=0, maks=5), som nybegynner og i nåværende praksis, statistiske mål

Teoretisk retning	M			Wilcoxon Signed Ranks Test			
	Som ny	Nå	ΔM	T	Sig.	Z ^a	r ^b
Analytisk/psykodynamisk	3,15	2,89	-0,25	1040,0	0,024	-2,263	-0,14
Atferdsterapeutisk	1,82	1,91	0,09	1178,5	0,704	-0,385	-0,02
Kognitiv	2,12	3	0,88	391,5	0,000	-5,344	-0,34
Humanistisk	2,49	2,52	0,03	922,5	0,699	-0,391	-0,03
Systemisk	3,27	3,92	0,65	346,0	0,000	-4,962	-0,32
Andre^c	3,4	4,25	0,85				

^a Alle Z-score er basert på "negative ranks".

^b Kalkulert med $r = \frac{Z}{\sqrt{2 * n}}$ (Field 2005:531-2)

^c Det var for få n til å teste signifikans (5 "Som ny" og 24 "Nå").

Vi ser at det er relativ små endringer i den teoretiske orienteringen, selv om endringene i minsket påvirkning av psykodynamisk/analytisk og økningen i kognitiv og systemisk teori er signifikant. En stor forskjell er at antall respondenter som oppgir å være påvirket av andre teorier har økt fra 4 % til 19 %, og at gjennomsnittsverdien her har hatt sterk økning.

Kategorien andre omfatter en rekke teorier metoder som ikke uten videre lar seg plassere inn i de kategoriene som spørsmålet la opp til. Jeg vurderte om noen av svarene i kategorien andre kunne omkodes til prekodet teoretisk retning. Jeg kunne for eksempel lagt til grunn at familierapi er systemisk orientert, men jeg fant at dette var å forutsette innhold i svaret som jeg ikke kunne vite at respondentene sto for.

Som en sammenligning så jeg på de gjennomsnittlige verdiene for de ulike teoripåvirkningene for sosionomene, sammen med verdiene for terapeutene fra undersøkelsen til Rønnestad og von der Lippe (2000), og testet signifikansen for forskjellene med Mann-Whitney Test.

Tabell 19: Differanse mellom Sosionomer i BUP (2005) og Norske terapeuter (1996/97) i for tiden gjennomsnittlig påvirkning av ulike teoretiske retninger (min=0, maks=5)

Terapiform	M			s		Mann-Whitney Test		
	Sos. (2005)	Ter. (1996/97)	Δ M	Sos. (2005)	Ter. (1996/97)	U	Sig	r ^a
Analytisk/psykodynamisk	2,89	3,57	-0,68	1,50	1,42	28 050,5	0,000	-0,18
Atferdsterapeutisk	1,91	1,54	0,37	1,34	1,24	32 091,0	0,005	-0,10
Kognitiv	3,00	2,80	0,20	1,36	1,37	35 444,5	0,124	-0,06
Humanistisk	2,52	2,70	-0,18	1,54	1,46	35 267,5	0,263	-0,04
Systemisk	3,92	2,32	1,59	0,96	1,61	16 683,0	0,000	-0,37
Andre	4,25	4,01	0,24	0,74	1,04	1 732,0	0,438	-0,06

$$^a r = \frac{Z}{\sqrt{n}} \text{ etter Field (2005:531-2)}$$

Vi ser her at sosionomer har en signifikant svakere påvirkning av analytisk/psykodynamisk teori, og signifikant sterkere påvirkning av systemisk og atferdsterapeutisk teori. Av standardavviket ser vi også at sosionomene har lavere spredning i bedømming av verdi av systemisk teori.

4.6.2 Påvirkning fra teorier og metoder

I tabell 18 presenterte jeg hvordan ulike teorier hadde påvirket sosionomene over tid. En annen del av undersøkelsen omfattet påvirkning fra 20 forskjellige metodiske og teoretiske påvirkninger som jeg antok var relevante for sosionomer i BUP. Respondentene ble bedt om å skåre grad av påvirkning med en likert-skala fra 0 (ikke noe) til 5 (svært mye). Med faktoranalyse kom jeg fram til 6 faktorer med eigenvalue over 1. Av disse var fire større enn det som ble kalkulert av Monte Carlo PCA (se s. 30), og de to siste faktorene ble derfor forkastet. De fire gjenstående faktorene sto for 51,5 % av den totale variansen. Disse kan karakteriseres som fire dimensjoner av teori- og metodepåvirkning eller orientering.

Tabell 20: Dimensjoner av teori- og metodepåvirkning – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger, n=109

Dimensjoner og ledd	α (hvis slettet)	M	s	Mønstermatrise ^a				Strukturmatrise				
				1	2	3	4 ^b	1	2	3	4 ^b	
Kreativ:	0,686	0,75	0,68									
Annen kunst- og uttrykksterapi	(0,694)	0,51	1,06	0,814	-0,118	-0,067	0,076	0,764	-0,075	0,098	-0,197	
Musikkterapi	(0,639)	0,19	0,54	0,778	-0,110	-0,112	-0,079	0,773	-0,065	0,071	-0,332	
Feministisk teori	(0,598)	0,83	1,15	0,534	0,208	0,039	0,131	0,511	0,241	0,163	-0,075	
Gestaltterapi	(0,639)	0,62	1,10	0,445	0,036	0,008	-0,093	0,482	0,071	0,131	-0,254	
Alternativ medisin/psykologi	(0,653)	0,48	0,83	0,439	0,049	-0,121	-0,285	0,515	0,080	0,033	-0,423	
Humanistisk orientert terapi	(0,655)	2,01	1,63	0,381	0,202	0,134	-0,017	0,432	0,243	0,247	-0,184	
Kognitiv terapi		3,02	1,26	0,283	-0,173	0,175	-0,260	0,405	-0,123	0,266	-0,381	
Systemisk:	0,691	3,00	1,05									
Narrativ terapi	(0,587)	3,16	1,53	0,139	0,724	0,040	-0,023	0,205	0,739	0,152	-0,115	
Systemisk terapi	(0,533)	3,94	1,03	0,038	0,673	0,128	0,072	0,087	0,685	0,195	0,005	
Postmoderne/sosialkonstruktivistisk teori	(0,644)	1,79	1,75	0,059	0,653	0,120	0,048	0,113	0,667	0,194	-0,025	
Løsningsfokuset terapi	(0,716)	3,25	1,16	-0,084	0,343	-0,133	-0,211	-0,017	0,334	-0,082	-0,177	
Dynamisk/utviklingspsykologisk:	0,676	1,62	0,99									
Psykodynamisk	(0,491)	3,02	1,45	-0,040	-0,136	0,792	0,116	0,094	-0,062	0,750	0,007	
Egopsykologi	(0,609)	1,57	1,40	-0,107	0,083	0,605	-0,135	0,088	0,146	0,611	-0,201	
Utviklingspsykologi	(0,629)	3,28	1,25	-0,009	0,265	0,549	0,020	0,130	0,321	0,572	-0,080	
Nevrobiologi	(0,491)	1,46	1,49	0,154	0,044	0,262	-0,187	0,284	0,091	0,333	-0,287	
Atferdsmodifiserende: ^b	0,735	2,63	1,07									
Parent Management Training Oregon (PMTO)	(0,721)	1,58	1,55	-0,127	-0,054	0,033	-0,810	0,165	-0,019	0,131	-0,768	
Multisystemisk terapi (MST)	(0,709)	1,03	1,24	0,059	0,060	0,039	-0,661	0,307	0,101	0,168	-0,691	
De utrolige årene (Webster-Stratton)	(0,646)	1,42	1,55	0,138	0,066	-0,066	-0,624	0,349	0,099	0,075	-0,665	
Sosial læringsteori	(0,695)	1,97	1,40	0,111	-0,003	0,265	-0,350	0,297	0,050	0,348	-0,433	
Atferdsterapi	(0,665)	2,09	1,29	0,268	-0,296	0,192	-0,311	0,404	-0,242	0,275	-0,423	

Ekstraksjonsmetode: Principal Axis Factoring (PAF).

Rotasjon: Oblimin med Kaiser normalisering

^a Rotasjonen konvergente med 10 repetisjoner

^b Denne faktoren ble snudd (verdi *-1) før videre analyser.

Dimensjon 1 ($e=4,303$, % var.=21,515) er særlig preget av kreative terapiformer. I tillegg har humanistisk terapi relativt høy ladning, men siden denne variabelen lader svakt i forhold til de andre variablene på denne dimensjonen, velger jeg å kalle den for *kreativ*. Dimensjon 2 ($e=2,509$, % var.=12,545) er sterkt familierapeutisk og *systemisk* preget, mens dimensjon 3

($e=1,844$, % var.=9,222) er psykodynamisk og utviklingspsykologisk preget. Dimensjon 4 ($e=1,652$, % var.=8,260) har sterke ladninger av PMTO/MST/Webster-Stratton, i tillegg til sosial læringsteori og atferdsterapi. Jeg velger å kalle denne for *atferdsmodifiserende*. Dimensjon 4 kommer ut med negative ladninger, det vil si at den taper lav innflytelse fra de aktuelle terapiformene, og for å få lik framstilling velger jeg å vende denne skalaen (verdi *-1). I denne presentasjonen er ikke kognitiv terapi og nevrobiologi regnet som særpregende, da disse ikke oppnådde ladninger over 0,3 og flere av dimensjonene hadde middels ladninger av disse variablene.

Korrelasjonene mellom psykodynamisk og hhv. atferdsprogram og kreativ er signifikant og moderat. Mellom atferdsprogram og kreativ er den signifikante korrelasjonen relativt sterk, mens systemisk ikke korrelerer signifikant med noen av de andre. Den indre konsistensen for variablene som lader sterkere enn 0,3 på hver av faktorene i mønstermatrisen målt med Cronbachs α viste tilfredsstillende verdier.

4.6.3 Opplevelse av ansvar og kompetanse

I et ledd i undersøkelsen spurte jeg om respondentenes opplevelse av kompetanse og ansvar på en rekke områder som jeg antok kunne si noe om deres profesjonelle orientering. Jeg spurte: "Stemmer disse utsagnene med din oppfatning av deg selv?" Så følger en rekke utsagn som lyder for eksempel: "Sammenlignet med andre faggrupper, har jeg som sosionom i BUP et særlig ansvar for at klientene får innfridd sine sosiale og økonomiske rettigheter." Dette hadde jeg med for å få fram hvordan sosionomene opplevde sin kompetanse både absolutt og i forhold til andre faggrupper, men også for å få fram hvordan de hadde orientert seg faglig ved at de sa noe hva de følte de hadde ansvar for å gjøre. Noen av utsagnene referer til ulike akser i diagnosesystemet ICD-10. Akse I er klinisk psykiatrisk syndrom, akse V er aktuelle vanskelige psykososiale forhold og akse VI er global vurdering av psykososialt funksjonsnivå.

I tabell 21 ser vi at kompetanse som kan assosieres med sosialarbeiderverdier har de høyeste gjennomsnittsverdiene. Jeg har også med en kolonne med antall respondenter som har skåret at utsagnet i høy grad stemmer (4–5).

Tabell 21: Opplevelse av kompetanse og ansvar, (0 =ingen grad) til 5 =svært stor grad), gjennomsnitt, standardavvik, % med skåre 4–5, n=120

	M	s	% i høy grad
Sammenlignet med andre faggrupper, har jeg som sosionom i BUP...			
Et særlig ansvar for å vurdere behovet for individuelle planer	2,00	1,77	23,4 %
En særlig kompetanse til å arbeide med familier	4,17	0,97	82,5 %
En særlig kompetanse til å arbeide med barn i individualterapi	1,53	1,32	5,7 %
Et særlig ansvar for å ivareta barnevernsperspektivet	3,81	1,23	66,1 %
Et særlig ansvar for å sikre at klientene får innfridd sine sosiale og økonomiske rettigheter	3,31	1,55	48,8 %
Et særlig ansvar for å sikre det juridiske grunnlaget for arbeidet i BUP	2,52	1,49	29,0 %
Et særlig ansvar for å stille diagnoser på akse V i ICD-10	2,85	1,63	41,3 %
Et særlig ansvar for å stille diagnoser på akse VI i ICD-10	2,65	1,55	34,4 %
Bedre faglig grunnlag for å velge å arbeide hjemme hos klienter hjemme og i deres nærmiljø	3,15	1,42	46,8 %
En særlig kompetanse i å kartlegge og bidra til å utvikle barnets/familiens hverdagsliv	3,63	1,26	64,0 %
Som sosionom har jeg...			
Kompetanse til å stille diagnoser på akse I i ICD-10	2,08	1,50	19,8 %
Kompetanse til å stille diagnose på akse V i ICD-10	3,88	1,18	70,6 %
Kompetanse til å stille diagnose på akse VI i ICD-10	3,71	1,10	65,9 %
Kvalifikasjoner til å ha lederoppgaver	3,56	1,26	61,9 %

En reliabilitetsanalyse av alle variablene ga en Cronbachs $\alpha=0,838$. Det indikerer at det er stor grad av intern konsistens i denne gruppen av variabler. En faktoranalyse viste at det var fire faktorer med eigenvalue over 1, men bare de to første hadde verdier som overgår tilsvarende i Monte Carlo PCA.

Dimensjon 1 ($e=4,905$, 37,7 % av var.) har høye ladninger av hva jeg kaller *sosialarbeiderkompetanse og -ansvar*. Dette er verdier jeg ventet å finne høye skåringer for, og som jeg mener samsvarer med sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag. Dimensjon 2 ($e=1,921$, 14,8 % av var.) har høye ladninger av *diagnostiseringskompetanse*. Det viktig å merke seg at dimensjonene har stor grad av felles ladning på strukturmatrisen, særlig gjelder det variablene som omhandler ansvar og kompetanse for diagnostisering på akse V og VI.

Tabell 22: Opplevelse av kompetanse og ansvar – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger, n=120^a

Dimensjoner og ledd	α (hvis slettet)	M	s	Mønstermatrise		Strukturmatrise	
				1	2	1	2
Sosialarbeiderkompetanse og -ansvar	0,863	3,09	1,01				
Et særlig ansvar for å sikre at klientene får innfridd sine sosiale og økonomiske rettigheter ^b	(0,840)	3,31	1,55	0,782	-0,056	0,760	0,249
En særlig kompetanse i å kartlegge og bidra til å utvikle barnets/familiens hverdagsliv ^b	(0,848)	3,63	1,26	0,723	-0,091	0,687	0,192
Bedre faglig grunnlag for å velge å arbeide hjemme hos klienter hjemme og i deres nærmiljø ^b	(0,850)	3,15	1,42	0,704	-0,103	0,664	0,172
Et særlig ansvar for å sikre det juridiske grunnlaget for arbeidet i BUP ^b	(0,846)	2,52	1,49	0,649	0,037	0,663	0,291
Et særlig ansvar for å ivareta barnevernsperspektivet ^b	(0,849)	3,81	1,23	0,626	0,012	0,631	0,257
Et særlig ansvar for å vurdere behovet for individuelle planer ^b	(0,851)	2,00	1,77	0,615	0,056	0,637	0,296
Et særlig ansvar for å stille diagnoser på akse VI i ICD-10 ^b	(0,839)	2,65	1,55	0,507	0,434	0,677	0,632
Et særlig ansvar for å stille diagnoser på akse V i ICD-10 ^b	(0,840)	2,85	1,63	0,497	0,477	0,683	0,671
En særlig kompetanse til å arbeide med familier ^b	(0,869)	4,17	0,97	0,320	0,052	0,340	0,177
Diagnostiseringskompetanse	0,708	3,27	1,14				
Kompetanse til å stille diagnose på akse V i ICD-10 ^c	(0,583)	3,88	1,18	-0,084	0,877	0,259	0,844
Kompetanse til å stille diagnose på akse VI i ICD-10 ^c	(0,595)	3,71	1,10	-0,019	0,820	0,301	0,813
Kompetanse til å stille diagnoser på akse I i ICD-10 ^c	(0,629)	2,08	1,50	-0,049	0,525	0,156	0,506
En særlig kompetanse til å arbeide med barn i individualterapi ^b	(0,757)	1,53	1,32	0,081	0,273	0,188	0,305

Ekstraksjonsmetode: Principal Axis Factoring (PAF).

Rotasjon: Oblimin med Kaiser normalisering

^a Rotasjon konvergente med 5 repetisjoner

^b Utsagnet innledes med: "Sammenlignet med andre faggrupper, har jeg som sosionom i BUP..."

^c Utsagnet innledes med: "Som sosionom i BUP har jeg ..."

4.6.4 Forhold som bidrar til psykososiale problemer

I et ledd i undersøkelsen spurte jeg: "I hvilken grad tror du disse forholdene/temaene bidrar til psykososiale problemer hos barn og i familier? Respondentene skulle skåre de 22 forholdene på en likert-skala fra 0–5, og i tillegg til gjennomsnitt og standardavvik gjengir jeg prosentvis andel av respondentene som skårte 4–5.

Tabell 23 viser at relasjonelle forhold får høyest gjennomsnittsskåre. I den andre enden av tabellen finner vi at seksualitet, kjønn/likestilling og tro har lavest gjennomsnittsskåre.

Standardavviket for objektrelasjoner og overføring/motoverføring har høyest verdi, mens standardavviket for familiære og sosiale relasjoner har lavest verdi. Det vil si at respondentene er relativt samstemte om de forholdene som får høy gjennomsnittsskåre.

Det er mer nyansert når det gjelder forholdene med lav gjennomsnittskåre. Det er stor variasjon i synet på objektrelasjoner og overføring/motoverføring, mens det er større grad av samstemthet om at fattigdom/økonomiske forhold, etnisitet og fritidsaktiviteter i liten grad bidrar til psykososiale problemer.

Jeg gjorde også faktoranalyser av disse variablene, og samlet hadde skalaen god intern konsistens (Cronbachs $\alpha = 0,840$). Siden det er gjennomgående høye ladninger i denne faktoranalysen, velger jeg å legge grensen ved 0,4 i mønstermatrisen for inklusjon i de ulike dimensjonene. I strukturmatrisen setter jeg grensen ved 0,3 for å vise graden av fellestrekk ved dimensjonene. Det vil si at rusproblematikk ikke blir knyttet til en enkelt dimensjon siden denne variabelen har en ladning på hhv. 0,334 og 0,351 på de to første dimensjonene. Videre analyse viste 6 faktorer med eigenvalue over 1, men bare 4 faktorer hadde verdi over tilsvarende faktor i Monte Carlo PCA. Til sammen forklarte disse fire faktorene 51,8 % av variansen.

Tabell 23: Forhold som bidrar til psykososiale problemer, (0 =ingen grad) til 5 =svært stor grad), gjennomsnitt, standardavvik, % med skåre 4-5, n=115

	M	s	% høy grad
Familiære relasjoner	4,37	0,64	89,7 %
Sosiale relasjoner/nettverk	4,23	0,67	87,3 %
Tilknytningsforhold	4,02	0,91	81,0 %
Mestringsfaktorer	3,99	0,89	74,6 %
Rusproblematikk	3,88	0,93	72,2 %
Utviklingshistorie	3,77	0,92	67,5 %
Psykopatologi	3,74	1,04	64,3 %
Utviklingsmessige forhold	3,63	0,90	59,5 %
Barnehage/skole/læring	3,55	0,97	53,2 %
Fattigdom/økonomiske forhold	3,48	0,88	47,6 %
Klasse/sosial status	3,31	1,05	44,4 %
Somatiske forhold	3,10	1,01	38,9 %
Forhold knyttet til arbeid/sysselsetting	3,07	1,12	37,3 %
Objektrelasjoner	2,92	1,46	33,3 %
Boligforhold	2,90	1,04	27,0 %
Relasjoner til hjelpetjenestene	2,80	1,06	24,6 %
Etnisitet/minoritetsbakgrunn	2,79	0,92	20,6 %
Fritidsaktiviteter	2,78	0,94	18,3 %
Overføring/motoverføring	2,39	1,20	15,9 %
Seksualitet	2,29	0,96	7,9 %
Kjønn/likestilling	2,11	1,00	5,6 %
Forhold knyttet til tro og religion	1,96	0,91	4,8 %

Tabell 24: Forhold som bidrar til psykososiale problemer – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger, n=115

Dimensjoner og ledd	α (hvis slettet)	Mønstermatrise ^a				Strukturmatrise			
		1	2	3	4	1	2	3	4
Sosiale forhold	0,801								
Fattigdom/økonomiske forhold	(0,732)	0,826	0,004	0,054	-0,027	0,836	0,084	0,287	0,146
Boligforhold	(0,719)	0,674	-0,091	0,306	0,135	0,780	0,026	0,498	0,286
Somatiske forhold	(0,775)	0,674	0,188	-0,046	0,115	0,702	0,260	0,178	0,272
Klasse/sosial status	(0,793)	0,663	0,044	-0,003	0,036	0,673	0,110	0,194	0,177
Forhold knyttet til arbeid/sysselsetting	(0,790)	0,527	-0,145	0,041	0,421	0,611	-0,038	0,208	0,514
Psykologiske forhold	0,701								
Utviklingshistorie	0,639	-0,006	0,701	0,092	-0,024	0,080	0,708	0,174	0,070
Tilknytningsforhold	0,666	-0,207	0,627	0,015	0,274	-0,089	0,644	0,055	0,312
Psykopatologi	0,663	0,188	0,606	-0,171	-0,099	0,176	0,591	-0,052	0,001
Mestringsfaktorer	0,640	0,069	0,593	-0,017	0,376	0,196	0,645	0,106	0,463
Utviklingsmessige forhold	0,662	0,234	0,559	0,058	-0,037	0,295	0,583	0,190	0,086
Rusproblematikk	0,701	0,334	0,351	0,179	-0,129	0,392	0,388	0,306	-0,002
Kjønn, tro, bakgrunn og dynamiske relasjoner	0,691								
Seksualitet	(0,605)	-0,108	-0,024	0,851	0,075	0,147	0,080	0,823	0,120
Forhold knyttet til tro og religion	(0,636)	0,089	0,019	0,656	0,114	0,300	0,122	0,693	0,188
Kjønn/likestilling	(0,658)	0,214	-0,212	0,646	0,008	0,380	-0,112	0,682	0,078
Etnisitet/minoritetsbakgrunn	(0,649)	0,196	0,102	0,540	-0,108	0,337	0,173	0,599	-0,010
Overføring/motoverføring	(0,658)	-0,056	0,421	0,456	-0,078	0,097	0,462	0,485	0,001
Objektrelasjoner	(0,703)	-0,119	0,404	0,417	-0,018	0,034	0,442	0,431	0,043
Systemiske forhold	0,690								
Barnehage/skole/læring	(0,591)	-0,003	-0,083	0,135	0,729	0,176	0,024	0,185	0,729
Sosiale relasjoner/nettverk	(0,630)	0,232	0,205	-0,224	0,659	0,322	0,282	-0,079	0,713
Fritidsaktiviteter	(0,621)	0,114	-0,026	0,076	0,651	0,266	0,075	0,159	0,678
Familiære relasjoner	(0,690)	-0,187	0,450	-0,101	0,558	-0,060	0,490	-0,054	0,568
Relasjoner til hjelpetjenestene	(0,655)	0,241	-0,166	0,445	0,467	0,448	-0,031	0,532	0,532

Ekstraksjonsmetode: Prinsipal komponentanalyse

Rotasjon: Oblimin med Kaiser normalisering

^a Rotasjonen konvergente med 18 repetisjoner

Av plasshensyn har jeg ikke gjennomsnitt og standardavvik for variablene i tabell 24, se heller tabell 23.

Dimensjon 1 ($e=5,360$, 24, 4 % av var.) har høye ladninger av *sosiale forhold*. Dimensjon 2 ($e=2,625$, 11,9 % av var.) har høye ladninger av forhold knyttet til *psykologiske forhold*, mens dimensjon 3 ($e=2,013$, 9,2 % av var.) er sterkt preget av forhold som har med *kjønn, tro, bakgrunn og dynamiske relasjoner*. Den siste dimensjonen ($e=1,407$, 6,4 % av var.) er sterkt preget av *systemforhold*. Den interne reliabiliteten er god for den sosiale dimensjonen, og svakere, men akseptabel for hver av de tre andre dimensjonene.

Tabell 25: Forhold som bidrar til psykososiale problemer – gjennomsnitt og standardavvik for dimensjonene, n=115

Dimensjoner og ledd	M	s
Sosiale forhold	3,15	0,77
Psykologiske forhold	3,81	0,66
Kjønn, tro, bakgrunn og dynamiske relasjoner	2,42	0,70
Systemiske forhold	3,52	0,61

4.7 Sentrale funn i undersøkelsen

Hvis jeg skal trekke fram noen resultater fra analysene som er særlig interessante, må det være korrelasjonsanalysene av teoripåvirkning og noen av de dimensjonene som kommer fram i faktoranalysene. Et forhold jeg så på var om det respondentene oppgir av teoretisk påvirkning har sammenheng med deres syn på hva som bidrar til psykososiale problemer. Jeg har valgt å bruke den opprinnelige, detaljerte listen over teori- og metodepåvirkning, slik at bildet blir mer nyansert enn om jeg brukte dimensjonene fra faktoranalysene for teoripåvirkning.

Det mest påfallende med tabell 26 er hvordan systemisk, narrativ og postmoderne/sosialkonstruktivistisk teori/metodepåvirkning korrelerer moderat negativt med å se psykiatri/utviklingspsykologi som påvirkning på psykososiale problemer. På den andre siden ser vi at psykodynamisk teori/metodepåvirkning korrelerer relativt sterkt positivt med psykiatri/utviklingspsykologi og moderat positivt med sosiale forhold og kjønn, tro, bakgrunn, dynamiske relasjoner som påvirkning på psykososiale problemer. Det er også interessant at en utviklingspsykologisk teoripåvirkning korrelerer moderat positivt med alle dimensjonene for påvirkning på psykososiale problemer. Vi ser også at det er kognitiv terapi, nevrobiologi og utviklingspsykologi som er de tre variablene som korrelerer sterkest med å se sosiale forhold som påvirkning på psykososiale problemer.

Dette bildet rokker ved noen av mine fordommer, og tyder på at det Magne Mæhle (2001) ville kalle terapiekstern kunnskap, er viktig for en forståelse i samsvar med

sosialarbeiderverdier. Det er kanskje slik at jo mer en kan om kognitive funksjoner, utviklingspsykologi og nevrobiologi jo mer forstår en at de sosiale forholdene barn lever i er viktige for utvikling av psykososiale problemer.

Tabell 26: Korrelasjoner mellom teori- og metodepåvirkning og dimensjoner av forhold som påvirker psykososiale problemer, n=110-115. ^{a b}

Terapi/teoripåvirkning	Påvirker psykososiale problemer			
	Sosiale forhold	Psykiatri-/utviklingspsykologi	Kjønn, tro, bakgrunn, dynamiske relasjoner	Systemiske forhold
Psykodynamisk terapi	0,209(*)	0,357(**)	0,231(*)	0,072
Atferdsterapi	0,173	0,186(*)	-0,046	0,151
Kognitiv terapi	0,271(**)	0,208(*)	0,165	0,148
Humanistisk orientert terapi	0,072	-0,130	0,107	-0,079
Systemisk terapi	-0,003	-0,227(*)	-0,071	-0,051
Narrativ terapi	0,119	-0,178(*)	0,076	0,013
Musikkterapi	0,126	0,038	0,113	-0,064
Annen kunst- og uttrykksterapi	0,039	-0,047	0,071	-0,088
Sosial læringsteori	0,018	-0,055	-0,164	-0,027
Gestaltterapi	0,046	-0,130	0,015	-0,044
Postmoderne/sosialkonstruktivistisk teori	0,048	-0,224(*)	-0,062	-0,054
Egopsykologi	0,085	0,106	0,090	-0,005
Feministisk teori	0,248(**)	-0,106	0,124	-0,012
Løsningsfokuserert terapi	0,089	-0,024	-0,050	0,115
Nevrobiologi	0,282(**)	0,174	0,026	0,045
Utviklingspsykologi	0,256(**)	0,229(*)	0,260(**)	0,182(*)
Alternativ medisin/psykologi	0,013	-0,080	0,063	-0,036
Parent Management Training (PMTO)	0,032	0,072	-0,161	-0,015
Multisystemisk terapi (MST)	0,068	0,072	-0,061	-0,033
De utrolige årene (Webster-Stratton)	0,059	0,020	-0,155	0,038

* Signifikant tosidig korrelasjon på 0,05-nivå

** Signifikant tosidig korrelasjon på 0,01-nivå

^a Grunnlaget for tabellen er gjennomsnittsverdien av de variablene som ladet sterkt på hver av dimensjonene.

^b Spearmans rho

Tabell 27 viser et annet perspektiv på sammenhengen mellom teori og praksis. Her har jeg analysert i hvilken grad teoripåvirkning korrelerer med bruk av juridisk kunnskap i vurdering av hjelpetjenester, opplevelse av kompetanse og ansvar og samarbeid med andre instanser. Det første som slår meg er at det er en del teori-/metodepåvirkninger som ikke korrelerer positivt med noen av dimensjonene. Det gjelder for eksempel teori-/metodepåvirkninger jeg assosierer med familierterapi. Det er også påfallende at MST korrelerer moderat til relativt sterkt med alle dimensjonene. Dette stemmer overens med mitt inntrykk av at MST er en form for formalisering og systematisering av det sosialt arbeid står for, men ikke så godt har klart å

få gjennomslag for. I denne tabellen legger jeg også merke til at egopsykologi korrelerer moderat positivt med alle dimensjonene av bruk av juridisk kunnskap og opplevelse av kompetanse og ansvar. Om en tenker at samarbeid er et trekk ved sosialt arbeid, er det interessant å se at det er flere teori/metodepåvirkninger som korrelerer negativt, selv om det ikke er signifikante verdier. Av de teori/metodepåvirkningene som korrelerer positivt med samarbeid, er det ingen som har høye gjennomsnittsskårer (over 3 i tabell 20).

Tabell 27: Teori- og metodepåvirkning korrelert med bruk av juridisk kunnskap (n=106-109) opplevelse av kompetanse og ansvar, og samarbeid med andre instanser (n=116-120).^{a b}

	Bruk av juridisk kunnskap i vurdering av hjelpetjenester		Opplevelse av kompetanse og ansvar		Samarbeid med andre instanser	
	Helselover	Barne-, sosial- og trygdelover	Sosialarb.-kompetanse og -ansvar	Diagnostiseringskompetanse	Samarbeid om voksne	Samarbeid om barn
Psykodynamisk	0,104	0,082	0,187(*)	0,206(*)	-0,023	-0,029
Atferdsterapi	0,174	0,222(*)	0,158	0,089	0,018	0,253(**)
Kognitiv terapi	0,286(**)	0,193(*)	0,276(**)	0,185(*)	0,099	0,111
Humanistisk orientert terapi	0,051	0,191(*)	0,177	0,057	0,205(*)	-0,011
Systemisk terapi	0,133	0,118	0,039	0,013	-0,045	0,104
Narrativ terapi	0,041	0,125	0,022	0,039	0,140	0,147
Musikkterapi	0,136	0,053	0,045	0,060	0,270(**)	0,145
Annen kunst- og uttrykksterapi	0,175	0,094	0,221(*)	0,147	0,255(**)	0,184(*)
Sosial læringsteori	0,080	0,128	0,230(*)	0,144	-0,055	0,064
Gestaltterapi	0,024	0,131	0,143	0,222(*)	-0,021	-0,024
Postmoderne/sosialkonstr. teori	0,071	0,165	0,031	0,077	0,086	0,051
Egopsykologi	0,266(**)	0,287(**)	0,194(*)	0,225(*)	0,123	-0,038
Feministisk teori	0,061	0,138	0,145	0,122	0,160	0,001
Løsningsfokuset terapi	0,104	0,123	0,043	0,053	-0,042	0,079
Nevrobiologi	0,085	0,241(**)	0,253(**)	0,036	0,207(*)	0,234(**)
Utviklingspsykologi	0,128	0,239(**)	0,213(*)	0,154	-0,112	0,025
Alternativ medisin/psykologi	0,010	0,141	0,098	0,036	0,126	0,115
Parent Management Training (PMTO)	0,106	0,236(**)	0,173	0,121	-0,058	0,167
Multisystemisk terapi (MST)	0,241(**)	0,337(**)	0,278(**)	0,212(*)	0,264(**)	0,259(**)
De utrolige årene (Webster-Stratton)	-0,005	0,230(*)	0,144	0,072	0,030	0,222(*)

** Signifikant tosidig korrelasjon på 0,01-nivå

* Signifikant tosidig korrelasjon på 0,05-nivå

^a Grunnlaget for tabellen er gjennomsnittsverdien av de variablene som ladet sterkt på hver av dimensjonene.

^b Spearman's rho

I en analyse av korrelasjoner mellom dimensjoner fra faktoranalysene ser vi i tabell 28 at samarbeid bare korrelerer med bruk av kunnskap om helselover. Dette kan tyde på at det å samarbeide er et persontrekk eller kulturtrekk mer enn noe som er påvirket av andre forhold. Vi ser også at opplevelse av sosialarbeiderkompetanse- og ansvar korrelerer med de andre

dimensjonene utenom samarbeid, og særlig sterkt med diagnostiseringskompetanse. Det kan virke som om opplevelse av kompetanse og ansvar er et generelt trekk, og at dette samvarierer med bruk av juridisk kunnskap.

Tabell 28: Korrelasjoner mellom dimensjoner for samarbeid, bruk av juridisk kunnskap og opplevelse av kompetanse og ansvar.

	Sam- arbeid om voksne	Sam-arbeid om barn	Helse- lover	Barn-, sosial og trygde- lover	Sosial- arbeider- kompe- tanse og - ansvar	Diag- noster- ings- kompe- tanse
Samarbeid om voksne	1,000	0,462(**)	0,247(**)	0,071	0,052	0,059
Samarbeid om barn	0,462(**)	1,000	0,174	0,140	0,164	0,113
Helselover	0,247(**)	0,174	1,000	0,389(**)	0,333(**)	0,298(**)
Barn-, sosial og trygde- lover	0,071	0,140	0,389(**)	1,000	0,533(**)	0,296(**)
Sosialarbeiderkompetanse og - ansvar	0,052	0,164	0,333(**)	0,533(**)	1,000	0,736(**)
Diagnostiseringskompetanse	0,059	0,113	0,298(**)	0,296(**)	0,736(**)	1,000

* Signifikant tosidig korrelasjon på 0,05-nivå

** Signifikant tosidig korrelasjon på 0,01-nivå

Det jeg opplever som de mest sentrale funnene i datamaterialet, er at det ser ut til at de dimensjonene jeg finner med faktoranalyser tyder på at sosialarbeiderbakgrunnen preger sosionomene. Jeg har bare delvis klart å vise i hvilken grad det preger dem og om det andre forhold som gjør at noen sosionomer beholder større grad av sosialarbeideridentitet enn andre. Det som har kommet fram som tyder på sosialarbeideridentitet er for eksempel at relasjonelle forhold skårer høyest i sosionomenes syn på hva som bidrar til psykososiale problemer. Samtidig skårer ikke sosiale forhold høyt når det gjelder det samme, og det er kanskje noe en kan undre seg over.

Jeg finner det også interessant at systemisk teori og familierapeutiske metoder i flere sammenhenger viser seg å korrelere lavt med andre dimensjoner og variabler. Det kan virke som om å være systemisk påvirket gjør at en blir mindre åpen for andre påvirkninger og oppfatninger, men dette bør undersøkes nærmere. Det kan på den andre siden virke som om påvirkning av teorier som ofte oppfattes som instrumentelle (kognitiv, nevrobiologi) korrelerer med mange av de verdiene som en venter å finne hos sosionomer. Det kan tyde på at en generell kunnskapstilegnelse bidrar til et bredt, helhetlig perspektiv.

Når jeg ser på de dimensjonene som viser seg i materialet, finner jeg en akse som går fra å være sosialarbeider til å være terapeut. Det er imidlertid lite som tyder på at dette er gjensidig

utelukkende posisjoner. En annen akse går mellom å arbeide med barn og arbeide med voksne. Denne aksen har trolig sammenheng med mange forhold, ikke minst utdanningsbakgrunn og kultur på arbeidsplassen.

Det er lite i materialet mitt som tyder på at sosionomene i særlig grad ivaretar varslingsansvar. Jeg har ikke spurt direkte etter dette, men det er for eksempel lav skåre på å se ledere og politikere som målgruppe for arbeidet. Dette er ikke overraskende, og kanskje er det slik det skal være, men det kan være interessant å se mer på dette forholdet.

Det jeg har funnet tyder på at sosionomene i BUP både er sosialarbeidere og terapeuter. Det er lite som tyder på at de som gruppe heller sterkt over til den ene eller andre rollen, men det er trolig individuelle utforminger. En videre analyse av materialet vil kunne vise hvordan respondentene fordeler seg langs denne aksen.

Kapittel 5. Konklusjon og nye forskningsspørsmål

Med den store mengden med data jeg har å analysere, er det uendelig mange kombinasjoner og analyser som kan gjøres. Jeg må på et tidspunkt sette strek, selv om det er mye jeg gjerne ville analysert og presentert. Jeg har i den beskrivende delen av oppgaven presentert trekk ved utvalget som for det meste er som forventet. For eksempel viser jeg at sosionomene er en gruppe som har mye erfaring og er godt utdannet ut over grunnutdanningen. Det jeg kan ha tilført av kunnskap, er noe mer konkret beskrivelse av hva sosionomenes bakgrunn består i, og hva deres erfaring og utdanning omfatter.

Jeg har funnet sammenhenger mellom sentrale kjennetegn ved sosialt arbeids teori- og verdigrunnlag, men sammenhengene er komplekse og sannsynligvis svært individuelle. Jeg har for det vist noen måter å konseptualisere sosialt arbeid på, slik at det lar seg undersøke empirisk. Ved å gjennomføre undersøkelsen har jeg også sett svakhetene ved denne måten å studere et fenomen. Det vil si at jeg nå sitter med en erfaring og en kunnskap som jeg gjerne skulle hatt når jeg startet, og det ville være interessant å bruke de erfaringene jeg har gjort til å utvikle nye måter å studere sosialt arbeid i kliniske virksomheter.

Gruppen kliniske sosionomer i BUP har gjennom arbeidet jeg har gjort kommet tydeligere fram, både som en kompleks gruppe, men også som en forsamling med ulike grupperinger. Kanskje det som står tydeligst for meg er skillet mellom en familieorientering og en barneorientering, og jeg er nysgjerrig på hva det innebærer. Det er et av de forholdene jeg ikke har fått undersøkt i materialet.

Jeg ser av undersøkelsen at sammenhengene mellom teori og praksis er til stede, men noen av sammenhengene er overraskende og bør få konsekvenser for fagutvikling og opplæring. For det første kan de se ut som om fokusering på utviklingspsykologi og nevrobiologi ikke er til hinder for å ha et sosialarbeiderperspektiv på arbeidet – snarere tvert i mot.

Det er også mye som tyder på at Multisystemisk terapi er en bakgrunn som stimulerer på mange områder og som gir høy opplevelse av kompetanse. Det er imidlertid interessant at det ikke ser ut til at de to andre atferdsprogrammene, De utrolige årene og PMTO, virker på samme måten.

På side 66 skriver jeg om noen særlige funn som gjelder samarbeid. Det kan virke som om praktisering av samarbeid i liten grad blir påvirket av teori/metode. Det er i så fall grunn til å undersøke dette nærmere og eventuelt se hva som kan gjøres i utdanningene for å øke samarbeidskompetanse og stimulere til mer samarbeid.

Jeg valgte å se etter sentrale kjennetegn ved sosialt arbeid, og ikke å lete etter grenser mot andre fag og profesjoner. Det opplever jeg som et godt valg, men jeg ser også at det hadde vært nyttig å se på grensene. Jeg håper det vil bli gjort mer systematisk. Jeg håper også at det kan bli gjennomført undersøkelser av forskjeller mellom utøvelse av sosialt arbeid i for eksempel BUP, voksenpsykiatri og familievern. Dette er alle fagfelt der teamarbeid står sterkt, men på svært ulike måter og med svært ulik kultur.

Den største svakheten ved undersøkelsen er at jeg har gått alt for bredt ut. Jeg stilte for mange spørsmål, og bare en liten del av det jeg spurte om er behandlet i denne oppgaven. Det førte til lav svarprosent, og dermed lav validitet. Det har videre ført til at jeg har hatt mye stoff å skrive om, og det har vært vanskelig å avgrense seg. Derfor kan nok noe av det jeg har skrevet framstå som overflatisk. Den gode siden ved dette, er at jeg sitter med mye materiale jeg kan fortsette å arbeide med, og det er mye materiale som andre kan dra nytte av dersom de ønsker å se på det.

Jeg hadde stor glede av å skrive den delen av oppgaven som analyserer og drøfter hva sosialt arbeid er, og hvordan en kan forstå sosialt arbeid som profesjon. Denne delen var viktig for å komme fram til måter å tenke om sosionomer i BUP som lot seg undersøke.

Det har også vært en udelt glede å lære mer om kvantitativ forskningsmetode. Det er et krevende felt, og det er påfallende hvor fraværende denne måten å forske på er i sosialt arbeid i Norge. Jeg håper jeg har klart å formidle noe av gleden det er ved å lære seg noe så fjernt fra en familieterapeuts postmoderne hverdag.

Litteraturliste

- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abbott, Andrew. 1995. Boundaries of social work or social work boundaries? *The Social Service Review* 69 (4):545.
- Achenbach, T.M. *Achenbach System of Empirically Based Assessment*, sist lastet ned 21.10.2007. Tilgjengelig på <http://www.aseba.org/> .
- Asdal, Kristin. 1998. *Betatt av viten. Bruksanvisninger til Donna Haraway*. Oslo: Spartacus.
- Benhabib, Seyla. 1992. *Situating the self. Gender, community and postmodernism in contemporary ethics*. Cambridge: Polity Press.
- Bernler, Gunnar og Lisbeth Johnsson. 1988. *Teori for psykososialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.
- Björkman, James Warner. 1982. Professionalism in the Welfare State: Sociological Saviour or Political Pariah? *European Journal of Political Research* 10 (4):407-428.
- Bokmålsordboka*. 2005. red: Wangensteen, Boye. 3. utg., 2. rev. oppl. ed, *Bokmålsordboka: definisjons- og rettskrivningsordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Brieland, Donald. 1990. The Hull-House Tradition and the Contemporary Social Worker: Was Jane Addams Really a Social Worker. *Social Work* 35 (2):134-38.
- Butrym, Zofia T. 1976. *The nature of social work*. London: Macmillan.
- Carr-Saunders, A. M. og P. A. Wilson. 1933. *The professions*. Oxford: Clarendon.
- Cohen, Jacob. 1992. A Power Primer. *Psychological Bulletin* 112 (1):155-159.
- Danielsen, Tone. 2000. *Utredning av videre- og spesialistutdanninger innen psykisk helsearbeid. Rapport til Statens helsetilsyn*: Statens helsetilsyn.
- De Jong, Peter og Insoo Kim Berg. 2005. *Løsningsskapende samtaler*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den norske lægeforeningen. 2004. *Psykiske lidelser – Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling*. Oslo.
- Duncan, Barry L. og Scott D. Miller. 2000. *The heroic client: doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Einarsson, Jóna Hafdis og Thomas Nordahl. 2003. *Familierådsdag - Nasjonal plan for utprøving og evaluering av metoden familierådsdag*. I *NOVA Skriftserie*. Oslo: NOVA.
- Engel, G. L. 1980. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137 (5):535-544.
- Enggrav, Bente. 2006. *Sosionom eller terapeut? En studie av sosionomers yrkesidentitet i voksenpsykiatrisk poliklinikk*. Masteroppgave, Avdeling for økonomi- kommunal- og sosialfag, Høgskolen i Oslo, Oslo.
- Fabrigar, L. R., D. T. Wegener, R. C. MacCallum og E. J. Strahan. 1990. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods* 4:272-299.
- Fellesorganisasjonen. 2002a. *Rammeplan for den kliniske videreutdanningen for sosionomer i barne- og ungdomspsykiatri*.
- Fellesorganisasjonen. 2002b. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere*, sist lastet ned 04.10.04. Tilgjengelig på [http://fobsv.no/web/Ostpubli.nsf/0/ac2685047faefabec1256ca600361248/\\$FILE/Yrkesetisk%20dokument.rtf](http://fobsv.no/web/Ostpubli.nsf/0/ac2685047faefabec1256ca600361248/$FILE/Yrkesetisk%20dokument.rtf) .
- Fellesorganisasjonen. 2006. *Hørings svar om rapport fra arbeidsgruppe om tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer*.
- Field, Andy. 2005. *Discovering statistics using SPSS*. 2nd ed, *ISM introducing statistical methods*. London: Sage.

- Fjeldstad, Tor. 1999. Bruk sosionomkompetansen! *Embla* 4 (7).
- Fjeldstad, Tor. 2002. Kliniske sosionomer i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. I: *Profesjon og fag - sosionomkompetanse i utvikling*, red: Conradi, H. og J. Vindegg. Oslo: FO.
- Flexner, Abraham. 1915. Is Social Work a Profession? Manuskript framført på *National Conference on Charities and Correction*, 2005, ved New York, USA.
- Undervisnings og forskningsdepartementet. 2005. *Rammeplan for 3-årig sosionomutdanning*.
- Fossestøl, Bjørg. 1997. Hva er profesjonell handling i sosialt arbeid? *Nordisk Sosialt Arbeid*. 17 (4).
- Fossestøl, Bjørg og Anne K. Nyhus. 2002. Er sosialt arbeid et fag? I: *Profesjon og fag - sosionomkompetanse i utvikling*, red: Conradi, Hallgerd og Jorunn Vindegg. Oslo: FO.
- Habenstein, Robert W. 1963. Critique of "Profession" as a Sociological Category. *The Sociological Quarterly* 4 (4):291-299.
- Halleraker, Solvor Hognestad og Ellen M. Uchermann. 1998. *Foreldrene- barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere*, Skriftserie fra Nic. Waals Institutt. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hansen, Ragnhild. 2001. Sosialt arbeids identitet som fagområde. *Embla* (2):55-56.
- LOV 1999-07-02 nr 63: *Lov om pasientrettigheter*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2006. *Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer*.
- Henriksen, Arne Kristian og Asbjørn Kärki Ulvestad. 2007. Der alle tenker likt – tenker ingen. Om bruk av kvalitetsindikatorer i psykisk helsearbeid. I: *Klienten - den glemte terapeut*, red: Ulvestad, Asbjørn Kärki, Arne Kristian Henriksen, Anne-Grethe Tuseth og Tor Fjeldstad. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Herrman, Helen, Tom Trauer, Julie Warnock og Professional Liaison Committee Project Team. 2002. The roles and relationships of psychiatrists and other service providers in mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36 (1):75-80.
- Hoff, Grethe. 1963. Noen betraktninger om teamarbeid. *Kuratoren* 1963 (4):2-10.
- Hutschemaekers, Giel, B. E. A. Tiemens og A. D. Kaasenbrood. 2005. Roles of psychiatrists and other professionals in mental healthcare: Results of a formal group judgement method among mental health professionals. *Br J Psychiatry* 187 (2):173-179.
- International Federation of Social Workers. 2007. *Definisjon av sosialt arbeid*, sist lastet ned 13.01. 2007]. Tilgjengelig på <http://www.ifsw.org/en/p38000410.html>.
- Iversen, Hans Petter. 1999. *Profesjonsmakt i barne- og ungdomspsykiatrien: ein analyse av profesjonsmakt og endringar i profesjonelle relasjonar i barne- og ungdomspsykiatrien*. Bergen: [H.P.Iversen].
- Johannessen, Asbjørn. 2003. *Introduksjon til SPSS basismodulen, versjon 10 og 11*. Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, Asbjørn og Per Arne Tufte. 2002. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, Birte Folgerø. 2004. *Ledelse og Evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Karabekiroglu, Koray, Burak Doğangün, Sabri Hergüner, Thomas von Salis og Aribert Rothenberger. 2006. Child and adolescent psychiatry training in Europe: differences and challenges in harmonization. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15 (8):467-475.
- Knoff, Richard H. 1986. Ulike profesjoners maktgrunnlag i en institusjon: Et typeeksempel. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 23 (1):13-21.

- Kronstad, Kari. 2002. *Sosionomer i de psykiatriske ungdomsteam*. Vol. 121, *HiO-hovedfagsrapport*. Oslo: HiO.
- Lauvås, Kirsti og Per Lauvås. 2004. *Tverrfaglig samarbeid perspektiv og strategi*. 2. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.
- Levin, Irene. 2001. Diskurser i og om sosialt arbeid. I: *Fra mottaker til aktør*, red: Sandbæk, M. Oslo: Gyldendal, akademisk.
- Merton, R. K. 1960. Some Thoughts on the Professions in American Society. *Brown University Papers* 37:1-17.
- Messent, Philip. 2000. Social Workers in Child Mental Health: Securing a Future. *Child and Adolescent Mental Health* 5 (3):102-107.
- Mitchell, P. David. 2000. The impact of educational technology: a radical reappraisal of research methods. I: *The Changing Face of Learning Technology*, red: Squires, D., G. Jacobs og G. Canole. Cardiff, UK: University of Wales Press.
- Mæhle, Magne. 2001. Bruk av barnespesifikk kunnskap i familieterapi. Del 2: Kunnskap som utgangspunkt for å stille terapeutiske spørsmål. *Fokus på familien* (1):3-21.
- NAV. *Ledige jobber - enkelt søk*. NAV, sist oppdatert 13. juli 2007. Tilgjengelig på <https://www.nav.no/sbl/stillingssok/enkelt.do>.
- Nygren, Pär. 2000. Kampen om det sosiale arbeidets identitet. *Embla* 5 (2):28-35.
- Oltedal, Siv. 2001. Sosialt arbeid - meir enn "sosial integrasjon". *Embla* 6 (1):47-49.
- Orlinsky, D., J-F. Botermans og M. H. Rønnestad. 2001. Towards an empirically-grounded model of psychotherapy training: Five thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist* 36:139-148.
- Orlinsky, D. E. og Michael Helge Rønnestad. 2005. *How psychotherapists develop: a study of therapeutic work and professional growth*. Washington: American psychological association.
- Orlinsky, David, Michael Helge Rønnestad, Paul Gerin, Ulrike Willutzki, Alice Dazord, Hansruedi Ambuhl, John Davis, Marcia Davis, Jean-Francois Botermans, Manfred Cierpka, Nicoletta Aapro, Peter Buchheim, Sue Bae, Christine Davidson, Eric Friis-Jorgensen, Eunsun Joo, Ekaterina Kalmykova, Jan Meyerberg, Terry Northcut, Barbara Parks, Elena Scherb, Thomas Schroder, Gaby Shefler, Dan Stiwne, Scott Stuart, Margarita Tarragona, Antonio Branco og Vasco Hadas Wiseman. 1999. Development of Psychotherapists: Concepts, Questions, and Methods of a Collaborative International Study. *Psychotherapy Research* 9 (2):127 - 153.
- Pallant, Julie. 2005. *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (Version 12)*. 2nd ed. Maidenhead: Open University Press.
- Parsons, Talcott og Neil J. Smelser. 1966. *Economy and society. A study in the integration of economic and social theory*, *International library of sociology and social reconstruction*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Payne, Malcolm. 2005. *Modern social work theory*. 3rd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ringdal, Kristen. 2001. *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringen, Petter Andreas og Alv A. Dahl. 2002. Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 122 (20):2024–7.
- Rønnestad, Michael Helge og Anna Louise von der Lippe. 2000. *Foreløpige resultater: En studie av norske psykoterapeuter*. Upublisert manuskript.: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Solem, May-Britt. 2001. I eget landskap eller mellom barken og veden? *Embla* 6 (1):47.
- Sommerschild, Hilchen og Einar Moe. 2005. *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger ved noen som var med*. Oslo: Universitetsforl.

- Sosial- og helsedepartementet. 1997. *St meld nr 25: Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet. 1998. *St.prp. nr. 63:(1997-98), Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo.
- Sosial- og helsedepartementet. 2003. *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse - ...sammen om psykisk helse...* Oslo.
- Specht, Harry og Mark E. Courtney. 1994. *Unfaithful Angels: How social work has abandoned its mission*. New York: Free Press.
- Statens helsetilsyn. 2001a. *Godkjenning av psykiatriske poliklinikker - retningslinjer for faglig skjønnsutøvelse*. I IK-15/2001.
- Statens helsetilsyn. 2001b. *Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker*.
- Statens helsetilsyn. 2001c. *Kompetansebehov i psykisk helsevern*.
- Statistisk sentralbyrå. 2007. *Psykisk helsevern. 2000-2006. Nøkkeltal*.
- Tabachnick, Barbara G. og Linda S. Fidell. 2001. *Using multivariate statistics*. 4th ed. Boston, Mass.: Allyn and Bacon.
- Thyness, Paul A. 1981. Bør sosialt arbeid profesjonaliseres? I: *Sosialpolitikk, byråkrati, profesjon*, red: Stjernø, S. Oslo: Universitetsforlaget.
- Torgersen, Ulf. 1972. *Profesjonssosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Turner, Francis J. 1996. *Social work treatment: interlocking theoretical approaches*. 4th ed. New York: Free Press.
- Ulvestad, Asbjørn Kärki, Arne Kristian Henriksen, Anne-Grethe Tuseth og Tor Fjeldstad. 2007. *Klienten - den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Weihe, Hans-Jørgen Wallin og Quereshi, Naushad Ali. 2001. Det sosiale arbeidets identitet. *Embla* 6 (1).
- Woods, Mary E. og Florence Hollis. 2000. *Casework - A Psychosocial Therapy*. 5th ed. Boston: McGraw-Hill.
- Wright, Kristi D. og Gordon J. G. Asmundson. 2005. Brief Report: Factor Structure of the Childhood Illness Attitude Scales (CIAS). *Journal of Pediatric Psychology* 30 (2):213-218.
- Waal, Nic, Anne-Marie Auestad og Borger Haavardsholm. 1969. *Utvalgte faglige skrifter*. Oslo: NWI.
- Aamodt, Ingerid. 1995. Barne- og ungdomspsykiatrien som kontekst for hjelp til foreldre med barn med MBD. *Hovedoppgave Nic Waals institutt*: 45.

Vedlegg:

Liste over tabeller i oppgaven

Tabell 1: Årsverk i institusjoner og poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, etter personellgruppe. 2000–2007 (Statistisk sentralbyrå 2007)	22
Tabell 2: Alder, gruppert	36
Tabell 3: Antall og prosentandel terapeuter med ulike videreutdanninger	39
Tabell 4: Sammenheng mellom å være i utdanning og å være i veiledning	40
Tabell 5: Dimensjoner av erfaring og utdanning – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger	42
Tabell 6: Stillingsbetegnelse fordelt på kjønn, alder under/over 50 år, med/uten videreutdanning	43
Tabell 7: Stillingsbetegnelse/faglig bakgrunn	43
Tabell 8: Faglig bakgrunn/stillingsbetegnelse	44
Tabell 9: Klinisk sosionom i BUP, fordelt på stillingsbetegnelse	44
Tabell 10: Timer/uke på ulike arbeidsoppgaver – korrelasjon med kjønn, klinisk sosionom, alder, antall ansatte, antall sosionomer, år som terapeut og akademisk nivå	46
Tabell 11: Verdi som målgruppe for arbeidet, (ikke noe= 0, svært mye=5), gjennomsnitt hele utvalget	47
Tabell 12: Korrelasjonsmatrise – målgrupper for arbeide	48
Tabell 13: Klienter fordelt på aldersgrupper, klienter pr terapeut og terapeuter som arbeider med denne gruppen	49
Tabell 14: Klienters funksjonsnivå/grad av forstyrrelse, sosionomer med ≥ 1 i hver gruppe, gjennomsnitt, antall og prosentandel av alle klienter	49
Tabell 15: Terapimodalitet – antall timer i uka og antall klienter for tiden – statistiske karakteristika	50
Tabell 16: Dimensjoner av samarbeid – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger	52
Tabell 17: Dimensjoner av lovanvendelse – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger	53
Tabell 18: Påvirkning av ulike teoretiske retninger (min=0, maks=5), som nybegynner og i nåværende praksis, statistiske mål	54
Tabell 19: Differanse mellom Sosionomer i BUP (2005) og Norske terapeuter (1996/97) i for tiden gjennomsnittlig påvirkning av ulike teoretiske retninger	55
Tabell 20: Dimensjoner av teori- og metodepåvirkning – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger	56
Tabell 21: Opplevelse av kompetanse og ansvar, (0 =ingen grad) til 5 =svært stor grad), gjennomsnitt, standardavvik, % med skåre 4-5	58
Tabell 22: Opplevelse av kompetanse og ansvar – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger	59
Tabell 23: Forhold som bidrar til psykososiale problemer, (0 =ingen grad) til 5 =svært stor grad), gjennomsnitt, standardavvik, % med skåre 4-5	60
Tabell 24: Forhold som bidrar til psykososiale problemer – indre reliabilitet, gjennomsnitt, standardavvik og faktorladninger	61
Tabell 25: Forhold som bidrar til psykososiale problemer – gjennomsnitt og standardavvik for dimensjonene	62
Tabell 26: Korrelasjoner mellom teori- og metodepåvirkning og dimensjoner av forhold som påvirker psykososiale problemer	63

Tabell 27: Teori- og metodepåvirkning korrelert med bruk av juridisk kunnskap, opplevelse av kompetanse og ansvar, og samarbeid med andre instanser.	64
Tabell 28: Korrelasjoner mellom dimensjoner for samarbeid, bruk av juridisk kunnskap og opplevelse av kompetanse og ansvar.	65

5.1 Liste over figurer i oppgaven

Figur 1: Alder, gruppert	36
Figur 2: Antall års erfaring som terapeut (Karrierekohort)	38
Figur 3: Antall år terapiutdanning: Prosentvis fordelt på sosionomer med klinisk godkjenning eller fullført formell videreutdanning	40
Figur 4: Totalt antall år veiledning, norske terapeuter og sosionomer i BUP. Prosentvis fordeling.	41
Figur 5: Antall klienter behandlet med ulike terapimodaliteter i karrieren fordelt på antall terapeuter.	51

Til landets helseforetak

Bergen, 1. mars 2005

Forespørsel om oversikt over sosionomer i BUP

I forbindelse med et forskningsprosjekt trenger vi en oversikt over sosionomer som arbeider i psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP) i Norge.

Vi ber derfor om en liste med navn, arbeidsplassadresse og e-postadresse til alle sosionomer som arbeider i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og avdelinger ved deres institusjon(er). Vi ber om at det inkluderes sosionomer som er i permisjon (med privatadresse).

Informasjonen kan sendes på e-post helst innen 7. mars til: tor.fjeldstad@rbup.uib.no

Om forskningsprosjektet

I prosjektet skal vi undersøke hvordan sosionomer i BUP ser på seg selv som terapeuter, hva slags praksis de vil beskrive at de har og ulike faktorer som har påvirket dem som terapeuter. Det er et stort behov for å gjøre en slik undersøkelse, da det skjer store endringer i sammensetningen av de tverrfaglige teamene som arbeider i BUP. Det har også i flere sammenhenger vært hevdet at det uklart hvilken kompetanse sosionomer har for arbeid i BUP og hva de skal gjøre. En undersøkelse vil kunne gi vitenskapelig grunnlag for tydeligere beskrivelse av sosionomers faglige bidrag til teamene enn det som har vært tilfellet tidligere. Prosjektet vil også kunne bidra til bedre grunnlag for beslutninger om fagutvikling, kompetanseheving og utdanning.

Vi har tatt utgangspunkt i spørreskjemaet Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPCCQ), som har vært brukt til å kartlegge den faglige utviklingen hos et stort antall terapeuter, psykoanalytikere og rådgivere i mange land. DPCCQ er i vår undersøkelse supplert med spørsmål som spesifikt skal belyse sosionomers arbeid og rolle i BUP og hvordan deres kliniske praksis har utviklet seg og blitt påvirket.

Prosjektledelse og organisering

Prosjektet ledes av professor II, Helge Rønnestad, Ph.D., Høgskolen i Oslo. Han er også professor I ved Universitetet i Oslo, der han i flere år har forsket med grunnlag i data fra tidligere undersøkelser der DPCCQ er brukt. Han har sammen med bl.a. David Orlinsky, University of Chicago, skrevet om terapeuters faglige utvikling og faktorer som påvirker denne.

Skjemaet er tilpasset til denne undersøkelsen av klinisk sosionom, undervisningsleder Tor Fjeldstad, Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Han skal bruke resultatene som grunnlag for masteroppgave ved Masterstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo. Prosjektet vil også være viktig i sammenheng med omleggingen av de kliniske videreutdanningene, blant annet som følge av kvalitetsreformen i høyere utdanning.

Konfisensialitet

De opplysninger sosionomene gir om seg selv og sitt arbeid vil bli behandlet strengt fortrolig. Innhenting, oppbevaring og bearbeiding av data vil skje slik at det ikke er mulig å spore opplysninger tilbake til identifiserbare grupper eller personer. Prosjektet og skjemaet er vurdert av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk og meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Vi håper på velvillighet fra dere. Det vil bidra til god kvalitet på et forskningsprosjekt som vil være det første i sitt slag i Norge.

Nærmere opplysninger:

Undervisningsleder Tor Fjeldstad
Regionsenter for barn og unges psykiske helse
postboks 7800
5020 Bergen
tlf 480 94 644
e-post: tor.fjeldstad@rbup.uib.no

På forhånd takk!

Helge Rønnestad
professor/dr. psychol.

Tor Fjeldstad
undervisningsleder/masterstudent
klinisk sosionom

Til sosionomer i BUP

Bergen, 7. juni 2005

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Sosionomer i BUP –faglig utvikling og klinisk praksis.

Du vil om kort tid få tilsendt et spørreskjema vi vil be deg om å fylle ut. Skjemaet vil bli sendt ut til alle sosionomer som arbeider i psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP). Hvis du ikke arbeider der nå eller i de siste 6 måneder, ber vi om at du skriver tilbake til oss om dette. Vi ber også om at du eventuelt videreformidler dette brevet til den som eventuelt har overtatt stillingen din, og opplyser oss om dennes navn.

I undersøkelsen tar vi sikte på kartlegge hvordan sosionomer i BUP ser på seg selv som terapeuter, hva slags praksis de vil beskrive at de har og ulike faktorer som har påvirket dem som terapeuter. Vi ser et stort behov for å gjøre en slik undersøkelse. Det skjer endringer i sammensetningen av de tverrfaglige teamene som arbeider i BUP, og det har i flere sammenhenger vært hevdet at det uklart hvilken kompetanse sosionomer har for arbeid i BUP og hva de skal gjøre. En undersøkelse vil kunne gi vitenskapelig grunnlag for tydeligere beskrivelse av sosionomers faglige bidrag til teamene. Prosjektet vil også kunne bidra til bedre grunnlag for beslutninger om fagutvikling, kompetanseheving og utdanning. Prosjektet vil være viktig som grunnlag for vurderinger i forbindelse med en eventuell omlegging av de kliniske videreutdanningene som følge av kvalitetsreformen i høyere utdanning og kreditering med studiepoeng.

Vi har tatt utgangspunkt i spørreskjemaet Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPCCQ), som har vært brukt til å kartlegge faglig utvikling hos et stort antall terapeuter og rådgivere i mange land. DPCCQ er i vår undersøkelse supplert med spørsmål som skal belyse sosionomers arbeid og rolle i BUP og hvordan deres kliniske praksis har utviklet seg og blitt påvirket. Vi bruker DPCCQ fordi det gir muligheter for sammenligninger med andre grupper.

Veileder på prosjektet er professor, Ph.d. Helge Rønnestad, Høgskolen i Oslo. Helge Rønnestad arbeider også på Universitetet i Oslo, der han i flere år har forsket med grunnlag i data fra

tidligere undersøkelser der DPCCQ er brukt. Han har sammen med bl.a. David Orlinsky skrevet flere artikler om terapeuters faglige utvikling og faktorer som påvirker denne.

Jeg klinisk sosionom og familierapeut, og arbeider som undervisningsleder ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion vest (RBUP-V). Data fra prosjektet skal være grunnlag for masteroppgave ved studiet Master i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, der jeg er student.

Gjennom å svare på skjemaet og sende det inn til oss, samtykker du i å delta i prosjektet. Fordi skjemaet er anonymt, vil det ikke være anledning til å trekke seg fra prosjektet etter at skjemaet er innsendt. Hvis du velger å ikke fylle ut hele skjemaet ber vi deg likevel om å fylle ut så mye som mulig av kapittel 1 og returnere dette. Vi setter ingen svarfrist, men ber om at du fyller ut skjemaet så snart som mulig.

Konfidensialiteten i prosjektet ivaretas ved at innhenting, oppbevaring, bearbeiding og presentasjon av data vil skje slik at det ikke er mulig å spore opplysninger tilbake til identifiserbare grupper eller personer. Prosjektet og skjemaet er vurdert av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk og meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Vi vil forberede deg på at det er et relativt stort skjema, og mange vil finne det rimelig å dele opp arbeidet med å fylle det ut i flere økter. Vi håper du vil ta deg bryet med å gjøre det som vi anser som et viktig arbeid, og på den måten bidra til god kvalitet på et forskningsprosjekt som vil bli det første av sitt slag i Norge.

Med vennlig hilsen



Tor Fjeldstad
undervisningsleder/klinisk sosionom
Regionsenter for barn og unges psykiske helse
postboks 7800
5020 Bergen
tlf 480 94 644
e-post: tor.fjeldstad@rbup.uib.no

Takke- og purrebrev

Til «Navn»

Dette er et kombinert takke- og purrebrev. Jeg må gjøre det på denne måten, siden jeg av anonymitetshensyn ikke vet hvem av dere som har svart på spørreskjemaet "Sosionomer i psykisk helsevern for barn og ungdom - Faglig utvikling og klinisk praksis" som jeg sendte til deg før sommeren.

Hvis du er av de som har svart, vil jeg rette en stor takk til deg. Du har gjort en omfattende jobb, og jeg gleder meg til å analysere svarene.

Det har nå kommet inn svar fra ca 41 % av de sosionomene jeg sendte skjemaet til. Målet mitt er å få inn over 50 %. Dersom informasjonen som kommer fram i undersøkelsen skal tas alvorlig, bør jeg ha så høy svarprosent.

Til dere som ikke har fylt ut skjemaet vil jeg be om at dere vurderer en gang til om dere vil gjøre det. Det er viktig å få dokumentert hvordan sosionomer arbeider i BUP, hvilke faglige profiler som dominerer og hvilke forskjeller som er mellom sosionomer og andre faggrupper når det gjelder faglig utvikling. Derfor håper jeg at du likevel vil ta arbeidet ved å fylle ut skjemat. Jeg er klar over at det er et stort skjema og at det tar lang tid å fylle det ut, men jeg har også fått mange tilbakemeldinger fra sosionomer som har opplevd det personlig givende å gå gjennom skjemaet og reflektere over egen praksis.

Hvis du ikke har skjemaet, kan du få et nytt ved å sende meg en e-post.

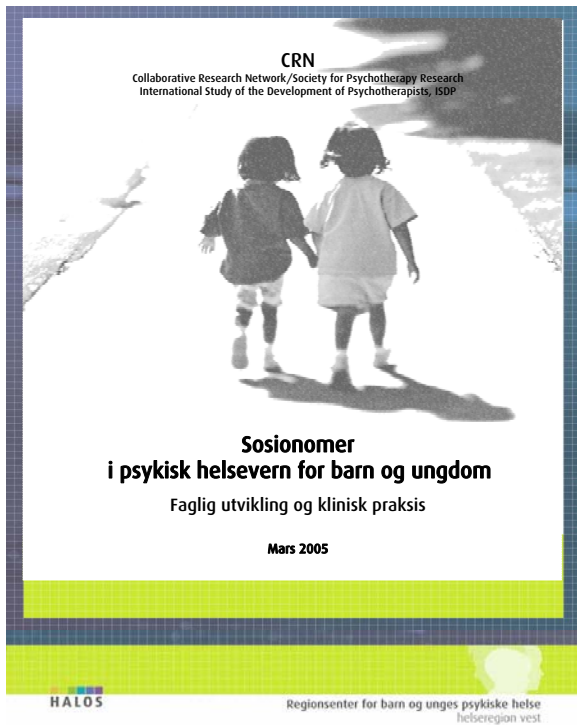
Vennlig hilsen

Tor Fjeldstad

Undervisningsleder/klinisk sosionom

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion vest

www.rbup.uib.no



Kjære kollega.

Vi vet at skjemaet du har foran deg er omfattende, men vi tror at resultatene vil interessere deg som sosionom og terapeut. Ved å fylle ut skjemaet kan du bidra til å belyse sosionomers rolle i BUP med kvantitative metoder, noe som ikke er gjort i Norge før.

Spørreskjemaet *Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire* (DPCCQ) utgjør grunnstammen i en stor internasjonal undersøkelse av den faglige utviklingen hos terapeuter og rådgivere. I det prosjektet som du er med i, er DPCCQ supplert med spørsmål som spesifikt skal belyse sosionomers arbeid og rolle i psykisk helsevern for barn og ungdom, og hvordan deres kliniske praksis har utviklet seg og blitt påvirket. Dataene fra undersøkelsen vil bli grunnlaget for en masteroppgave i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo. I tillegg vil deler av opplysningene bli gjort tilgjengelige for forskere som arbeider med data fra andre undersøkelser som har brukt DPCCQ, slik at grupper kan sammenlignes. På samme måte vil vi i vårt prosjekt bruke data fra andre prosjekt som sammenligningsgrunnlag når vi vurderer data som kommer inn i vår undersøkelse.

Skjemaene er anonyme, og oppbevaring, bearbeiding og presentasjon av data vil skje slik at det ikke er mulig å spore opplysninger tilbake til identifiserbare grupper eller personer. Prosjektet og skjemaet er vurdert av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk og meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Prosjektet skjer i regi av Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion vest.

Vi setter stor pris på at du deltar, og håper at undersøkelsen kan bidra til en klarere beskrivelse av sosialt arbeid i psykisk helsevern for barn og unge. Ved å sammenholde med andre data kan vi finne meningsfulle likheter og vesentlige forskjeller mellom ulike profesjoner og teoretiske orienteringer. Vi håper på denne måten å bidra til positiv fagutvikling av sosialt arbeid.

Opplysninger om publisering av resultater fra undersøkelsen kan du få hos ved å skrive til tor.fjeldstad@bup.uib.no.

Tusen takk for din velvillighet og deltakelse!

Tor Fjeldstad

klinisk sosionom/undervisningsleder ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion vest, og student ved Høgskolen i Oslo

Veiledning til spørreskjemaet

Vi ber om at du leser denne veiledningen nøye, og går tilbake hit dersom du lurer på hvordan du skal fylle ut skjemaet. Er det noe du ikke finner svar på, kan du kontakte Tor Fjeldstad på e-post tor.fjeldstad@bup.uib.no eller telefon 480 946 44.

- Vi ber om at du forsøker å besvare alle spørsmålene.
- Legg merke til at det trossig trykk på arkene.
- De fleste spørsmålene kan du svare på ved å sette et kryss, eller ved å tegne en ring rundt det beste alternativet.
- Noen steder spør vi etter opplysninger som du kanskje ikke har nøyaktig svar på. Prøv da å være så nøyaktig som mulig heller enn å ikke svare.
- For de fleste spørsmål vi det gå fram av sammenhengen om du kan merke av et eller flere alternativer. Vi har prøvd å gi spesiell instruksjon til de spørsmål der det kan være tvil.
- Vi ber deg legge merke til at noen ganger spør vi etter beskrivelse av situasjonen når du begynte med terapi, og noen ganger situasjonen i dag.
- Siden skjemaet (DPCCQ) som undersøkelsen bygger på er internasjonal, transkulturell og flerspråklig, vil ikke alle spørsmål passe for alle.
 - Hvis et spørsmål eller et utsagn ikke er meningsfylt for din situasjon, kan du vise dette ved å skrive: "IR" = ikke relevant etter spørsmålet..
 - Hvis du ikke vet hva du skal svare, kan du vise dette ved å skrive "P" = vet ikke etter spørsmålet..
 - Hvis du har alvorlige innvendinger mot å svare, kan du skrive "N" = nei/vil ikke svare etter spørsmålet..
- For å gjøre det enkelt, bruker vi gjennom hele skjemaet uttrykkene "terapeut" for den profesjonelle, og "klient" for den som søker hjelp. Det vil si at vi definerer alle sosionomer som arbeider i psykisk helsevern for barn og ungdom som terapeuter, og det arbeidet disse gjør som terapeutisk arbeid. Det kan i noen sammenhenger være uklart hvem som er klienten, særlig når det gjelder arbeid med familier. I vår sammenheng vil det være en rimelig tolking at alle barn og foresatte som tilbys hjelp fra BUP er klienter.

(Ikke skriv noe her)

Entry Ctr | | | Serial ID | | | Collect Ctr | | | Sample | | |

0. Grunnlagsinformasjon

- 0-1. Fødselsår: | | | | | | | |
- 0-2. Kjønn: kvinne _____ mann _____
- 0-3. Utfyllt (eks.: 10/3 | 10/5): måned: | | | | år | | | |
- 0-4. Stillingsprosent (i BUP) siste 6 måneder _____%
- (Hvis du har skiftet stillingsprosent, velg den prosenten du har hatt i størst del av denne perioden)

1. Om din profesjonelle bakgrunn

I hvilket år tok du din sosionomeksamen?

1-1. Årstall: _____

Hva kaller du stillingen du har?

1-2. _____

Hvilken betegnelse bruker du om din faglige bakgrunn?

1-3. _____

Hvor mye har du av følgende typer praksis?

Skriv "0" hvis ingen

	For	Etter
	sosionomeksamen	sosionomeksamen

- 1-4. Sosialtjeneste a. ____ år ____ mndr. b. ____ år ____ mndr.
- 1-5. Barneverntjeneste a. ____ år ____ mndr. b. ____ år ____ mndr.
- 1-6. Rusvern a. ____ år ____ mndr. b. ____ år ____ mndr.
- 1-7. Psykisk helsevern, voksne a. ____ år ____ mndr. b. ____ år ____ mndr.
- 1-8. Psykisk helsevern, BUP a. ____ år ____ mndr. b. ____ år ____ mndr.
- 1-9. Annet. Beskriv: _____ a. ____ år ____ mndr. b. ____ år ____ mndr.

Har du en eller flere akademisk grader? (f.eks. cand.mag., cand. socion., osv.)

- 1-10. 1. ___ Nei.
2. ___ Ja.

Hvis "Ja", beskriv nærmere.

I hvilket år?

- 1-11-a. _____ b. _____
1-12-a. _____ b. _____
1-13-a. _____ b. _____

Har du en profesjonell/yrkesmessig godkjenning/lisens eller en formell videreutdanning? (for eksempel klinisk sosionom, sosionom med spesialkompetanse, Marte Meo-terapeut, MST/PMTO/Webster-Stratton osv.)

- 1-14. 1. ___ Nei
2. ___ Ja.

Hvis "Ja", beskriv nærmere

Årstall:

- 1-15-a. _____ b. _____
1-16-a. _____ b. _____
1-17-a. _____ b. _____
1-18-a. _____ b. _____

Totalt sett, hvor lang tid har du fått formell undervisning i terapeutisk teori og metode?

Ta med perioder der du har fått undervisning som har gått over noe tid og ført fram til en eller annen form for godkjenning, eksamen eller særlig kompetanse i terapeutisk metode.

- 1-19. ___ år ___ måneder

Totalt sett, hvor lang tid har du fått klinisk veiledning i ditt terapeutiske arbeid (regelmessig individuell veiledning eller gruppeveiledning)?

Ta også med tiden du var i klinisk videreutdanning.

- 1-20. ___ år ___ måneder

Er du for tiden i gang med en utdanning innenfor en bestemt terapiform?

- 1-21. 1. ___ Nei.
2. ___ Ja.

Hvis "Ja", hvilken verdi har denne for ditt nåværende arbeid

Opplæring i hvilken terapiform Opplæringens varighet i år-mnd. 0=ingen verdi 5=svært stor verdi

- 1-22-a. _____ b. _____ c. 0 1 2 3 4 5
1-23-a. _____ b. _____ c. 0 1 2 3 4 5

Har du tidligere en eller flere utdanninger i noen form for terapi?

F.eks. psykodrama, gruppeterapi, nettverksterapi, kognitiv terapi, familierapi, korttidsterapi.

- 1-24. 1. ___ Nei.
2. ___ Ja.

Hvis "Ja", skriv dine viktigste utdanningserfaringer nedenfor, og hvilken verdi disse har for ditt nåværende arbeid.

Opplæring i hvilken terapiform Opplæringens varighet i år-mnd. 0=ingen verdi 5=svært stor verdi

- 1-25-a. _____ b. _____ c. 0 1 2 3 4 5
1-26-a. _____ b. _____ c. 0 1 2 3 4 5
1-27-a. _____ b. _____ c. 0 1 2 3 4 5
1-28-a. _____ b. _____ c. 0 1 2 3 4 5

Mottar du for tiden regelmessig klinisk veiledning

- 1-29. 1. ___ Nei
2. ___ Ja

Hvis "Ja", i sammenheng med hvor mange saker får du

- 1-30. Gruppeveiledning i _____ saker
1-31. Individuell veiledning i _____ saker

I tilknytning til hvilken/hvilke behandlingsform/former gis denne veiledningen?

- 1-32. _____

2. Om arbeidskontekst og arbeidsrolle

Hva slags virksomhet arbeider du i? (Sett ett kryss for hovedarbeidskontekst)

- 2-1. 1. ___ Poliklinikk
2. ___ Dagpost
3. ___ Sengepost
4. ___ Ambulant tjeneste
5. ___ Annet - Beskriv nærmere _____

Hvor mange ansatte er det i virksomheten?

Ta utgangspunkt i den delen av virksomheten du opplever som ditt daglige arbeidsmiljø

- 2-2. Antall ansatte _____

Hvor mange av disse er sosionomer?

- 2-3. Antall sosionomer _____

Har du formelle lederoppgaver?

- 2-4. 1. ___ Nei
2. ___ Ja

I hvilken grad ser du på følgende grupper som målgrupper for ditt arbeid?

(0=ikke noe 5=svært mye)

- 2-5. Barn (0 - 12 år) 0 1 2 3 4 5
2-6. Ungdom (13 - 18 år) 0 1 2 3 4 5
2-7. Foreldre 0 1 2 3 4 5
2-8. Familie/utvidet familie 0 1 2 3 4 5
2-9. Nettverk 0 1 2 3 4 5
2-10. Andre hjelpetjenester 0 1 2 3 4 5
2-11. Politikere/ledere 0 1 2 3 4 5

Hvor mange timer av en gjennomsnittlig uke vil du anslå at du bruker på følgende arbeidsoppgaver?

Du kan notere ned til halve timer. Noen av kategoriene kan overlape hverandre, så summen trenger ikke å gå opp i antall timer du arbeider pr. uke.

- 2-12. Individualltaler med barn _____ timer
2-13. Individualltaler med foreldre _____ timer
2-14. Parsamtaler med foreldre _____ timer
2-15. Familierapi/andre familiesamtaler _____ timer
2-16. Gruppeterapi _____ timer
2-17. Nettverksterapi _____ timer
2-18. Gi undervisning på internundervisning, kurs m.m. _____ timer
2-19. Deltakelse på kurs _____ timer
2-20. Få veiledning på eget arbeid _____ timer
2-21. Gi veiledning _____ timer
2-22. Annen faglig oppdatering _____ timer
2-23. Administrasjon/ledelse _____ timer
2-24. Samarbeid med andre instanser _____ timer
2-25. Samarbeide med kolleger internt _____ timer

Hvor mye bruker du kunnskap om de følgende lovene i vurderingene av aktuelle hjelpetjenester for barn og familier?

(0=ikke noe 5=svært mye)

- 2-26. Lov om barneverntjenester 0 1 2 3 4 5
2-27. Lov sosiale tjenester 0 1 2 3 4 5
2-28. Lov om folketrygd 0 1 2 3 4 5
2-29. Lov om barn og foreldre 0 1 2 3 4 5
2-30. Lov om pasientrettigheter 0 1 2 3 4 5
2-31. Lov psykisk helsevern 0 1 2 3 4 5
2-32. Lov om spesialisthelsetjenesten 0 1 2 3 4 5
2-33. Lov om helsepersonell 0 1 2 3 4 5

Hvor mye er arbeidet ditt påvirket av følgende teorier og/eller terapiformer?

Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og du kan merke av så mange kategorier som du mener er riktig for å beskrive ditt arbeid. Du kan sette ring rundt "0" for de teorier og/eller terapiformer som du ikke kjenner tilstrekkelig til for å kunne svare.

(0=ikke noe 5=svært mye)

2-34.	Psykodynamisk terapi	0	1	2	3	4	5
2-35.	Atferds terapi	0	1	2	3	4	5
2-36.	Kognitiv terapi	0	1	2	3	4	5
2-37.	Humanistisk orientert terapi	0	1	2	3	4	5
2-38.	Systemisk terapi	0	1	2	3	4	5
2-39.	Narrativ terapi	0	1	2	3	4	5
2-40.	Musikterapi	0	1	2	3	4	5
2-41.	Annen kunst og uttrykksterapi	0	1	2	3	4	5
2-42.	Sosial læringsteori	0	1	2	3	4	5
2-43.	Gestaltterapi	0	1	2	3	4	5
2-44.	Postmoderne/sosialkonstruktivistisk teori	0	1	2	3	4	5
2-45.	Egopsykologi	0	1	2	3	4	5
2-46.	Feministisk teori	0	1	2	3	4	5
2-47.	Løsningsfokusert terapi	0	1	2	3	4	5
2-48.	Nevrobiologi	0	1	2	3	4	5
2-49.	Utviklingspsykologi	0	1	2	3	4	5
2-50.	Alternativ medisin/psykologi	0	1	2	3	4	5
2-51.	Parent Management Training Oregon (PMTO)	0	1	2	3	4	5
2-52.	Multisystemisk terapi (MST)	0	1	2	3	4	5
2-53.	De utrolige årene (Webster-Stratton)	0	1	2	3	4	5
2-54.	Annet _____	0	1	2	3	4	5
2-55.	Annet _____	0	1	2	3	4	5
2-56.	Annet _____	0	1	2	3	4	5
2-57.	Annet _____	0	1	2	3	4	5
2-58.	Annet _____	0	1	2	3	4	5

I hvor mange av de sakene du nå er engasjert i har du samarbeidet med følgende typer instanser?

Antall saker

	0	1-3	4-9	10-15	16-24	25+
2-59.	Barneverntjeneste	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-60.	Sosialtjeneste	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-61.	Fastlege	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-62.	Helsestasjon	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-63.	PPT for barnehage/grunnskole	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-64.	OT/PPT for videregående skole	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-65.	Andre enheter i BUP	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-66.	Somatisk sykehus	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-67.	Politi	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-68.	Barnehage	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-69.	Skole	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-70.	Familievern	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-71.	Rusvern	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-72.	Psykisk helsevern for voksne	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-73.	Privatpraktiserende psykolog	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-74.	Andre. Beskriv: _____	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+
2-75.	Andre. Beskriv: _____	0	1-3	4-9	10-15	16-24 25+

Stemmer disse utsagnene med din oppfatning av deg selv?**Sammenlignet med andre faggrupper, har jeg som sosionom i BUP...**

(0=stemmer ikke 5=stemmer helt)

2-76.	et særlig ansvar for å vurdere behovet for individuelle planer.	0	1	2	3	4	5
2-77.	en særlig kompetanse til å arbeide med familier.	0	1	2	3	4	5
2-78.	en særlig kompetanse til å arbeide med barn i individualterapi.	0	1	2	3	4	5
2-79.	et særlig ansvar for å ivareta barnevernsperspektivet.	0	1	2	3	4	5
2-80.	et særlig ansvar for å sikre at klientene får innfridd sine sosiale og økonomiske rettigheter.	0	1	2	3	4	5
2-81.	et særlig ansvar for å sikre det juridiske grunnlaget for arbeidet i BUP.	0	1	2	3	4	5
2-82.	et særlig ansvar for å stille diagnoser på akse V (Aktuelle vanskelige og psykososiale forhold) i ICD-10.	0	1	2	3	4	5
2-83.	et særlig ansvar for å stille diagnoser på akse VI (Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå) i ICD-10.	0	1	2	3	4	5
2-84.	et bedre faglig grunnlag for velge å arbeide hjemme hos klienter og i deres nærmiljø.	0	1	2	3	4	5
2-85.	en særlig kompetanse i å kartlegge og bidra til å utvikle barnets/familiens hverdagsliv	0	1	2	3	4	5
Som sosionom i BUP har jeg...							
2-86.	kompetanse til å stille diagnoser på akse I (klinisk psykiatrisk syndrom) i ICD-10	0	1	2	3	4	5
2-87.	kompetanse til å stille diagnose på akse V (Aktuelle vanskelige og psykososiale forhold) i ICD-10	0	1	2	3	4	5
2-88.	kompetanse til å stille diagnose på akse VI (Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå) i ICD-10	0	1	2	3	4	5
2-89.	kvalifikasjoner til å ha lederoppgaver	0	1	2	3	4	5

Eventuelle kommentarer eller meninger knyttet til disse utsagnene kan du skrive her:

2-90 _____

I hvilken grad tror du disse forholdene/temaene bidrar til psykososiale problemer hos barn og i familier?

(0=ingen grad 5=svært stor grad)

2-91.	Klasse/sosial status	0	1	2	3	4	5
2-92.	Sosiale relasjoner/nettverk	0	1	2	3	4	5
2-93.	Somatiske forhold	0	1	2	3	4	5
2-94.	Utviklingsmessige forhold	0	1	2	3	4	5
2-95.	Forhold knyttet til arbeid/sysselsetting	0	1	2	3	4	5
2-96.	Barnehage/skole/læring	0	1	2	3	4	5
2-97.	Fritidsaktiviteter	0	1	2	3	4	5
2-98.	Familizere relasjoner	0	1	2	3	4	5
2-99.	Psykopatologi	0	1	2	3	4	5
2-100.	Mestringsfaktorer	0	1	2	3	4	5
2-101.	Utviklingshistorie	0	1	2	3	4	5
2-102.	Fattigdom/økonomiske forhold	0	1	2	3	4	5
2-103.	Boligforhold	0	1	2	3	4	5
2-104.	Relasjoner til hjelptjenestene	0	1	2	3	4	5
2-105.	Objektrelasjoner	0	1	2	3	4	5
2-106.	Tilknytningsforhold	0	1	2	3	4	5
2-107.	Forhold knyttet til tro og religion	0	1	2	3	4	5
2-108.	Etnisitet/minoritetsbakgrunn	0	1	2	3	4	5
2-109.	Seksualitet	0	1	2	3	4	5
2-110.	Kjønn/likestilling	0	1	2	3	4	5
2-111.	Overføring/motoverføring	0	1	2	3	4	5
2-112.	Rusproblematikk	0	1	2	3	4	5
2-113.	Annet. Beskriv _____	0	1	2	3	4	5
2-114.	Annet. Beskriv _____	0	1	2	3	4	5

Skriv inntil tre utsagn som kjennetegner det du opplever som ditt viktigste bidrag til det tverrfaglige teamet du arbeider i.

2-115. _____

2-116. _____

2-117. _____

Skriv inntil tre utsagn som kjennetegner det du opplever som dine kollegers forventninger til deg som sosionom i det tverrfaglige teamet du arbeider i.

2-118. _____

2-119. _____

2-120. _____

3. Om din yrkeserfaring

Spørsmålene i kapittel 3-10 er hentet fra DPCCQ, og tar sikte på å få fram informasjon om terapeuters faglige utvikling og hva som har påvirket denne. Spørsmålene er tidligere besvart av terapeuter fra mange forskjellige faggrupper og i mange forskjellige land. Du vil kanskje finne at noen spørsmål er stilt i lignende former tidligere i skjemaet, men vi ber deg likevel om å svare på alle spørsmål, da det er viktig for at vi skal kunne sammenligne med datamateriale fra andre grupper.

Totalt sett, hvor lenge har du arbeidet som terapeut?

Ta med all terapeutisk praksis i psykisk helsevern, rusvern og familievern, men ikke saksbehandlerpraksis i førstelinjen og administrativ praksis. Se også definisjon av "terapeut" i veiledning på side 2.

3-1. _____ år _____ måneder

Hvor lenge har du arbeidet som terapeut i følgende arbeidssituasjoner?

Ta med arbeid under og etter din utdanning. Skriv "0" hvis du ikke har arbeidet med terapi; skriv en brøkdell hvis du har arbeidet i mindre enn 1 år

3-2. Døgnstusjoner _____ år

3-3. Polikliniske institusjoner _____ år

3-4. Dagstusjoner _____ år

3-5. Privatpraksis _____ år

3-6. Annet _____ år

Beskriv _____

Anslå antall klienter du har behandlet i forskjellige terapiformer.

	0	1-3	4-9	10-15	16-24	25+
3-7. Individualterapi (antall klienter)	0	1	2	3	4	5
3-8. Parterapi (antall par)	0	1	2	3	4	5
3-9. Familierapi (antall familier)	0	1	2	3	4	5
3-10. Gruppeterapi (antall grupper)	0	1	2	3	4	5
3-11. Nettverksterapi (antall nettverk)	0	1	2	3	4	5
3-12. Annet:	0	1	2	3	4	5

3-12-a. Beskriv hva "annet" står for _____

Anslå antall klienter du har behandlet innenfor hver av de følgende aldersgrupper:

Se definisjon av "klienter" i innledningen.

	0	1-3	4-9	10-15	16-24	25+
3-13. Tolv år og yngre	0	1	2	3	4	5
3-14. Tretten til nitten år	0	1	2	3	4	5
3-15. Tjue til tjueni år	0	1	2	3	4	5
3-16. Tretti til førtini år	0	1	2	3	4	5
3-17. Femti til sekstifire år	0	1	2	3	4	5
3-18. Sekstifem år og eldre	0	1	2	3	4	5

4. Om din generelle utvikling som terapeut

Siden du begynte å arbeide som terapeut, hvor mye ...

(0=ikke noe 5=svært mye)

4-1. har du totalt sett endret deg som terapeut? 0 1 2 3 4 5

4-2. ser du på denne forandringen som fremgang? 0 1 2 3 4 5

4-3. ser du på denne forandringen som tilbakegang? 0 1 2 3 4 5

4-4. har du overkommet dine tidligere begrensninger i arbeidet som terapeut? 0 1 2 3 4 5

Generelt, da du begynte din utdanning som terapeut, ...

(0=ikke noe 5=svært mye)

4-5. hvor effektiv var du til å engasjere klientene i en arbeidsallianse? 0 1 2 3 4 5

4-6. hvor "naturlig" (personlig/autentisk) følte du deg, når du arbeidet med klientene? 0 1 2 3 4 5

4-7. hvor god var din generelle teoretiske forståelse av terapi? 0 1 2 3 4 5

4-8. hvor empatisk var du overfor klienter som du hadde relativt lite til felles med? 0 1 2 3 4 5

4-9. hvor dyktig var du til å forstå det mest sentrale i dine klienters problemer? 0 1 2 3 4 5

4-10. hvor godt mestret du terapeutiske teknikker og strategier? 0 1 2 3 4 5

4-11. hvor godt forsto du hva som skjedde øyeblikk for øyeblikk i det terapeutiske arbeidet? 0 1 2 3 4 5

4-12. hvor effektivt formidlet du din forståelse og ditt engasjement til dine klienter? 0 1 2 3 4 5

4-13. hvor dyktig var du til å få dine klienter til å utføre sin del av det terapeutiske arbeidet? 0 1 2 3 4 5

4-14. hvor god var du til å oppdage og takle dine klienters følelsesmessige reaksjoner overfor deg? 0 1 2 3 4 5

4-15. hvor god var du til å gjøre konstruktiv bruk av dine egne personlige reaksjoner overfor klientene? 0 1 2 3 4 5

4-16. hvor trygg var du i din rolle som terapeut? 0 1 2 3 4 5

Da du begynte ditt arbeid som terapeut, i hvor stor grad ble ditt terapeutiske arbeid påvirket av følgende teoretiske retninger?

	(0=ikke noe 5=svært mye)
4-17. Analytisk/psykodynamisk	0 1 2 3 4 5
4-18. Atferdsterapeutisk	0 1 2 3 4 5
4-19. Kognitiv	0 1 2 3 4 5
4-20. Humanistisk	0 1 2 3 4 5
4-21. Systemisk	0 1 2 3 4 5
4-22. Andre (beskriv): _____	0 1 2 3 4 5

Generelt, for tiden...

	(0=ikke noe 5=svært mye)
4-23. hvor effektiv er du til å engasjere klientene i en arbeidsallianse?	0 1 2 3 4 5
4-24. hvor "naturlig" (personlig/autentisk) føler du deg, når du arbeider med klientene?	0 1 2 3 4 5
4-25. hvor god er din generelle teoretiske forståelse av terapi?	0 1 2 3 4 5
4-26. hvor empatisk er du overfor klienter som du har relativt lite til felles med?	0 1 2 3 4 5
4-27. hvor dyktig er du til å forstå det sentrale i dine klienters problemer?	0 1 2 3 4 5
4-28. hvor godt mestrer du terapeutiske teknikker og strategier?	0 1 2 3 4 5
4-29. hvor godt forstår du hva som skjer øyeblikk for øyeblikk i det terapeutiske arbeidet?	0 1 2 3 4 5
4-30. hvor effektivt formidler du din forståelse og ditt engasjement til dine klienter?	0 1 2 3 4 5
4-31. hvor dyktig er du til å få dine klienter til å utføre sin del av det terapeutiske arbeidet?	0 1 2 3 4 5
4-32. hvor god er du til å oppdage og å takle dine klienters følelsesmessige reaksjoner overfor deg?	0 1 2 3 4 5
4-33. hvor god er du til å gjøre konstruktiv bruk av dine egne personlige reaksjoner overfor klientene?	0 1 2 3 4 5
4-34. hvor stor presisjon, nyanserhet og finesse har du oppnådd i ditt terapeutiske arbeid?	0 1 2 3 4 5
4-35. hvor trygg er du i din rolle som terapeut?	0 1 2 3 4 5
4-36. hvor viktig er det for deg at du fortsatt utvikler deg som terapeut?	0 1 2 3 4 5
4-37. hvor dyktig føler du deg til å veilede andre i deres arbeid og videre utvikling som terapeuter?	0 1 2 3 4 5

Hvor stor innflytelse (positiv og/eller negativ) føler du det følgende har hatt på din generelle utvikling som terapeut?

Du kan tegne en sirkel om et nøytralt svar eller et positivt og/eller et negativt svar.

	negativ innflytelse	ingen innflytelse	positiv innflytelse
4-38. Erfaringer fra terapi med klienter	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-39. Å samarbeide med co-terapeuter	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-40. Å delta på kurs eller seminarer	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-41. Å motta formell veiledning eller konsultasjon	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-42. Uformelle kasediskusjoner med kolleger	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-43. Arbeidsbetingelsene på din arbeidsplass	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-44. Å lese relevante bøker eller artikler	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-45. Å observere andre terapeuter på workshops, filmer eller bånd	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-46. Å motta egenbehandling eller analyse (individuell, i gruppe, e.l.)	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-47. Å gi formell veiledning eller konsultasjon til andre	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-48. Å undervise på kurs eller seminarer	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-49. Å forske selv	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-50. Erfaringer fra ditt personlige liv utenom terapi	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
4-51. Annet (beskriv): _____			
_____	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3

5. Om egenbehandling

Hvor viktig synes du det er at terapeuter selv har gått i terapi, analyse eller rådgivning (individuell, i gruppe, etc)? (sett ett kryss)

- 5-1. 1. ___ Det er ikke ønskelig.
 2. ___ Det er irrelevant om terapeuter har gått i egenbehandling.
 3. ___ Det kan være ønskelig for noen terapeuter, men ikke nødvendigvis for alle.
 4. ___ Det er absolutt ønskelig for de fleste, men bør ikke være et krav.
 5. ___ Det er helt essensielt og bør være obligatorisk for alle terapeuter.

Går du for tiden i terapi, analyse eller rådgivning?

- 5-2. 1. ___ Nei.
 2. ___ Ja.

Har du tidligere gått i terapi, analyse eller rådgivning?

- 5-3. 1. ___ Nei.
 2. ___ Ja.

Beskriv innlitt til erfaringer du har hatt med personlig terapi (5-4 til 5-5 nedenfor)

Hvis du IKKE har vært i terapi, analyse eller rådgivning. GÅ VIDERE TIL 6-1

5-4.

Terapiform	Timer pr. mnd.	Variighet:	Verdi for deg personlig: (0=ingen 5=svært stor)
a. _____	b. ___ år	c. ___ mndr.	d. 0 1 2 3 4 5

Årsaken til at du går/gikk i denne terapien (kryss av så mange som nødvendig.):

- e. ___ utdanning; f. ___ personlig utvikling; g. ___ problemer

5-5.

Terapiform	Timer pr. mnd.	Variighet:	Verdi for deg personlig: (0=ingen 5=svært stor)
a. _____	b. ___ år	c. ___ mndr.	d. 0 1 2 3 4 5

Årsaken til at du går/gikk i denne terapien (kryss av så mange som nødvendig.):

- e. ___ utdanning; f. ___ personlig utvikling; g. ___ problemer

6. Om din teoretiske orientering

I hvor stor utstrekning er ditt nåværende terapeutiske arbeid påvirket av følgende teoretiske retninger?

	(0=ikke noe 5=svært mye)
6-1. Analytisk/psykodynamisk	0 1 2 3 4 5
6-2. Atferdsterapeutisk	0 1 2 3 4 5
6-3. Kognitiv	0 1 2 3 4 5
6-4. Humanistisk	0 1 2 3 4 5
6-5. Systemisk	0 1 2 3 4 5
6-6. Annet (beskriv): _____	
_____	0 1 2 3 4 5

I ditt nåværende arbeid som terapeut, hvor viktig synes du det er for de fleste klienter å realisere følgende målsetninger?

Kryss av de fire målsetningene som du generelt anser som de viktigste.

- 6-7. ___ Å få en sterk selvaktelse og identitetsfølelse.
 6-8. ___ Å tenke realistisk over meningen med det som hender i deres liv.
 6-9. ___ Å tillate seg å oppleve følelser fullt ut.
 6-10. ___ Å lære seg å handle effektivt i vanskelige situasjoner.
 6-11. ___ Å løse sine emosjonelle konflikter i relasjonen til deg som terapeut.
 6-12. ___ Å forstå sine følelser, motiver og/eller atferd.
 6-13. ___ Å moderere sine overdrivne, inadekvate eller irrasjonelle emosjonelle reaksjoner.
 6-14. ___ Å få mot til å gå inn i nye situasjoner, eller situasjoner som tidligere ble unngått.
 6-15. ___ Å integrere tidligere avviste eller ikke-erkjente opplevelser.
 6-16. ___ Å oppleve symptomlette.
 6-17. ___ Å gjøre rimelige vurderinger av mulige konsekvenser av egen atferd.
 6-18. ___ Å forbedre kvaliteten på sine relasjoner til andre.
 6-19. ___ Å forandre eller kontrollere problematiske atferdsmonstre.
 6-20. ___ Å vurdere seg selv på realistisk måte.
 6-21. ___ Å klargjøre og arbeide for å oppnå sine egne mål.
 6-22. ___ Annet (beskriv): _____

Hvordan vil du helst være i ditt arbeid som terapeut?

Vennligst vurder alle egenskapene

(0=slett ikke 3=svært gjerne)

(0=slett ikke 3=svært gjerne)		(0=slett ikke 3=svært gjerne)	
6-23. Aksepterende	0 1 2 3	6-40. Omsorgsfull/ ivaretagende	0 1 2 3
6-24. Autoritativ	0 1 2 3	6-41. Systematisk/ organisert	0 1 2 3
6-25. Konfronterende	0 1 2 3	6-42. Tillatende	0 1 2 3
6-26. Kald	0 1 2 3	6-43. Pragmatisk	0 1 2 3
6-27. Forpliktet	0 1 2 3	6-44. Beskyttende	0 1 2 3
6-28. Forvirret	0 1 2 3	6-45. Lydhør	0 1 2 3
6-29. Kritisk	0 1 2 3	6-46. Reservert	0 1 2 3
6-30. Krevende	0 1 2 3	6-47. Dyktig	0 1 2 3
6-31. Fjern	0 1 2 3	6-48. Subtil	0 1 2 3
6-32. Bestemt	0 1 2 3	6-49. Tolerant	0 1 2 3
6-33. Styrende	0 1 2 3	6-50. Ikke hjelpsom	0 1 2 3
6-34. Effektiv	0 1 2 3	6-51. Varm	0 1 2 3
6-35. Vennlig	0 1 2 3	6-52. Annet: _____	
6-36. På vakt	0 1 2 3		0 1 2 3
6-37. Intuitiv	0 1 2 3		
6-38. Engasjert	0 1 2 3		
6-39. Nøytral	0 1 2 3		

7. Om din nåværende utvikling**I ditt nåværende terapeutiske arbeid, i hvilken grad....**

(0=ikke noe 5=svært mye)

7-1.	føler du at du forandrer deg som terapeut?	0 1 2 3 4 5
7-2.	foles denne forandringen som fremgang?	0 1 2 3 4 5
7-3.	foles denne forandringen som tilbakegang?	0 1 2 3 4 5
7-4.	føler du at du har mestret tidligere begrensninger?	0 1 2 3 4 5
7-5.	føler du at du er blitt dyktigere i å utøve terapi?	0 1 2 3 4 5
7-6.	føler du at du har fått en dypere forståelse av terapi?	0 1 2 3 4 5
7-7.	føler du økende entusiasme ved å utøve terapi?	0 1 2 3 4 5
7-8.	føler du at du er blitt desillusjonert over terapi?	0 1 2 3 4 5
7-9.	føler du at din evne til å være empatisk er blitt mindre?	0 1 2 3 4 5
7-10.	føler du at arbeidet ditt blir mer og mer rutine?	0 1 2 3 4 5

I den senere tid, hvor ofte har du i arbeidet med dine klienter følt deg:

(0=aldri 3=svært ofte)

(0=aldri 3=svært ofte)		(0=aldri 3=svært ofte)		
7-11.	Fraværende	0 1 2 3	7-17. Uoppmerksom	0 1 2 3
7-12.	Engstelig	0 1 2 3	7-18. Inspirert	0 1 2 3
7-13.	Kjedet deg	0 1 2 3	7-19. Overveldet	0 1 2 3
7-14.	Utfordret	0 1 2 3	7-20. Presset	0 1 2 3
7-15.	Matt/trett	0 1 2 3	7-21. Stimulert	0 1 2 3
7-16.	Oppslukt	0 1 2 3	7-22. Fastlåst	0 1 2 3

Hvor stor innflytelse (positiv og/eller negativ) føler du det følgende har hatt på din nåværende utvikling som terapeut?

Du kan tegne en sirkel om et nøytralt svar eller et positivt og/eller et negativt svar.

	negativ innflytelse	ingen innflytelse	positiv innflytelse
7-23. Erfaringer fra terapi med klienter	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-24. Å samarbeide med co-terapeuter	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-25. Å delta på kurs eller seminarer	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-26. Å motta formell veiledning eller konsultasjon	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-27. Uformelle kasusdiskusjoner med kolleger	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-28. Arbeidsbetingelsene på din arbeidsplass	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-29. Å lese relevante bøker eller artikler	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-30. Å observere andre terapeuter på workshops, filmer eller bånd	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-31. Å motta egenbehandling eller analyse (individuelt, i gruppe, e.l.)	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-32. Å gi formell veiledning eller konsultasjon til andre	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-33. Å undervise på kurs eller seminarer	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-34. Å forske selv	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-35. Erfaringer fra ditt personlige liv utenom terapi	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3
7-36. Annet (beskriv): _____	-3 -2 -1 0		+1 +2 +3

8. Om din nåværende terapeutiske praksis**For tiden, hvor mange timer i uken praktiserer du terapi innenfor følgende arbeids situasjoner?**

skriv 0, hvis ingen

8-1.	Døgninstitusjoner	_____ timer
8-2.	Polikliniske institusjoner	_____ timer
8-3.	Daginstusjoner	_____ timer
8-4.	Privatpraksis	_____ timer
8-5.	Annet	_____ timer
	Beskriv: _____	_____ timer

Hvor tilfreds eller utilfreds er du totalt sett med hovedarbeidsstedet for din terapeutiske praksis?

8-6.	_____	(-3=svært utilfreds. +3=svært tilfreds)
	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	

Hvor god støtte føler du at har på hovedarbeidsstedet for din terapeutiske praksis?

8-7.	_____	(0=ingen støtte 5=full støtte)
	0 1 2 3 4 5	

På hovedarbeidsstedet for din terapeutiske praksis, hvor mye kontroll har du over... (0=ingen kontroll 5=full kontroll)

8-8.	å kunne velge de klientene som du behandler?	0 1 2 3 4 5
8-9.	å velge antall klienter som du behandler?	0 1 2 3 4 5
8-10.	å velge hvilken teoretisk orientering å arbeide etter?	0 1 2 3 4 5
8-11.	å bestemme din egen timeplan?	0 1 2 3 4 5
8-12.	å velge hvor lenge dine behandlinger skal vare?	0 1 2 3 4 5
8-13.	å bestemme over dine arbeidsbetingelser for øvrig?	0 1 2 3 4 5

Hvor mange saker har du nå innen følgende kategorier av måter å arbeide på?
(Skriv 0, hvis ingen)

- 8-14. Individuell terapi (antall klienter) _____
 8-15. Parterapi (antall par) _____
 8-16. Familierapi (antall familier) _____
 8-17. Gruppeterapi (antall grupper) _____
 8-18. Nettverksterapi _____
 8-19. Annet (beskriv): _____

Hvor mange klienter har du for tiden i behandling innenfor følgende aldersgrupper?
(Skriv 0, hvis ingen)

- 8-20. 6 år og yngre _____ klienter
 8-21. 7 til 12 år _____ klienter
 8-22. 13 til 19 år _____ klienter
 8-23. 20 til 29 år _____ klienter
 8-24. 30 til 49 år _____ klienter
 8-25. 50 til 64 år _____ klienter
 8-26. 65 år og eldre _____ klienter

Vennligst beskriv de klienttyper, du hyppigst behandler i ditt nåværende terapeutiske arbeid

Beskriv opp til fire typer, og bruk det deskriptive eller diagnostiske systemet som du selv foretrekker.

- 8-27. _____
 8-28. _____
 8-29. _____
 8-30. _____

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)

- 8-31. 0 1 2 3 4 5

Hvor forstyrrete eller skadete er de klienter du for tiden behandler?

Skriv antall klienter du for tiden behandler for hver av de følgende nivåer av forstyrrelse. Ta med alle steder hvor du praktiserer terapi. Baser dine vurderinger på klientens nåværende funksjonsnivå.

- 8-32. _____ Ingen eller nesten ingen symptomer; sosialt vellykkende; generelt tilfreds med livet; har bare hverdagsproblemer/-bekymringer.
 8-33. _____ Symptomene er forbigående og forventede reaksjoner på psykososial stress, i alminnelighet ikke mer enn lettere forstyrrelser mht. sosiale, arbeidsmessige eller utdanningsmessige funksjoner.
 8-34. _____ Svake, men vedvarende symptomer (f.eks. nedstemthet eller mild søvnløshet), eller noen vanskeligheter i sosiale, arbeidsmessige, eller utdanningsmessige funksjoner, men forøvrig noenlunde vellykkende; har noen meningsfulle relasjoner til andre mennesker.
 8-35. _____ Moderate symptomer (f.eks. flat affekt, omstendelig tale, sporadiske panikkanfall), eller moderate vanskeligheter med sosiale, arbeidsmessige eller utdanningsmessige funksjoner.
 8-36. _____ Alvorlige symptomer (f.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangshandlinger, eller alvorlige funksjonsforstyrrelser) med sosial, arbeidsmessig eller utdanningsmessig fungering, (har f.eks. ingen venner, er ute av stand til å holde på en jobb).
 8-37. _____ Alvorlige forstyrrelser i realitetsoppfatning eller kommunikasjon (f.eks. er språket ofte ulogisk, uklart eller irrelevant), eller alvorlige forstyrrelser på flere områder (f.eks. i forhold til arbeid, familierelasjoner, dommekraft, tenkning eller sinnsstemning).
 8-38. _____ Alvorlige forstyrrelser i kommunikasjon eller dommekraft (for eksempel atferd betydelig influert av vrangforestillinger eller hallusinasjoner) eller ute av stand til å fungere på nesten alle områder.
 8-39. _____ Vesentlig fare for å skade seg selv eller andre (f.eks. selvmordsforsøk, gjentagende vold), eller ute av stand til å ivareta personlig hygiene, eller vesentlige kommunikasjonsforstyrrelser (f.eks. taler stort sett usammenhengende eller er helt taus).
- 8-40. **Hvor stor tilfredshet opplever du for tiden i ditt arbeid som terapeut?**
(0=svært liten 5=svært stor)
 0 1 2 3 4 5
- 8-41. **Hvor stort misnøye opplever du for tiden i ditt arbeid som terapeut?**
(0=svært liten 5=svært stor)
 0 1 2 3 4 5

9. Om ditt nåværende terapeutiske arbeid

For tiden, hvor ofte føler du at... (0=aldri 5=svært ofte)

- 9-1. du mangler tro på at du kan ha gunstig innflytelse på en klient? 0 1 2 3 4 5
 9-2. du er redd for at du skader mer enn du hjelper? 0 1 2 3 4 5
 9-3. du er usikker på hvordan du kan arbeide effektivt med en klient? 0 1 2 3 4 5
 9-4. det er fare for at du kan miste kontrollen over den terapeutiske situasjonen? 0 1 2 3 4 5
 9-5. du ikke klarer å føle virkelig empati overfor en klient? 0 1 2 3 4 5
 9-6. du er urolig for at dine personlige verdier gjør det vanskelig å ha en adekvat holdning overfor en klient? 0 1 2 3 4 5
 9-7. du er frustrert over din egen maktesløshet nå det gjelder å påvirke en klients tragiske livssituasjon? 0 1 2 3 4 5
 9-8. du er bekymret over moralske eller etiske spørsmål som har kommet opp i arbeidet med en klient? 0 1 2 3 4 5
 9-9. du er ute av stand til å opparbeide tilstrekkelig energi til å få terapien til å utvikle seg konstruktivt? 0 1 2 3 4 5
 9-10. du er irritert på en klient som aktivt motarbeider dine anstrengelser? 0 1 2 3 4 5
 9-11. du er nedslått over din manglende evne til å finne måter å hjelpe en klient på? 0 1 2 3 4 5
 9-12. du har skyldfølelse over at du ikke handlet riktig i en kritisk situasjon? 0 1 2 3 4 5
 9-13. du ikke klarer å forstå kjernen i en klients problemer? 0 1 2 3 4 5
 9-14. du ikke klarer å tåle en klients følelsesmessige behov? 0 1 2 3 4 5
 9-15. du ikke klarer å finne noe som du liker eller respekterer hos en klient? 0 1 2 3 4 5
 9-16. du er bekymret for at omstendigheter i ditt personlige liv virker forstyrrende inn på ditt arbeid med en klient? 0 1 2 3 4 5
 9-17. du er sint for at faktorer i klientens liv gjør et godt resultat umulig? 0 1 2 3 4 5
 9-18. det er konflikt mellom å forene forpliktelser overfor en klient og tilsvarende forpliktelser overfor andre? 0 1 2 3 4 5
 9-19. du har kjørt deg fast i arbeidet med en klient og er i en terapeutisk relasjon som ikke fører fram? 0 1 2 3 4 5
 9-20. du er frustrert over at klienten kaster bort tiden din? 0 1 2 3 4 5
 9-21. noe annet er vanskelig for deg? Beskriv: _____
 _____ 0 1 2 3 4 5

Når du opplever vanskeligheter i arbeidet, hvor ofte ... (0=aldri 5=svært ofte)

- 9-22. forsøker du å se problemet fra et annet perspektiv? 0 1 2 3 4 5
 9-23. forsøker du å holde dine forstyrrende følelser inne? 0 1 2 3 4 5
 9-24. deler du opplevelsen av det vanskelige med klienten? 0 1 2 3 4 5
 9-25. diskuterer du problemet med en kollega? 0 1 2 3 4 5
 9-26. søker du etter relevante artikler eller bøker? 0 1 2 3 4 5
 9-27. involverer du en annen profesjonell person eller instans i saken? 0 1 2 3 4 5
 9-28. søker du en alternativ tilfredsstillelse som ikke har med terapi å gjøre? 0 1 2 3 4 5
 9-29. setter du grenser for å holde klienten innenfor en hensiktsmessige terapeutisk ramme? 0 1 2 3 4 5
 9-30. trer du ut av terapeutrollen for å handle raskt til klientens beste? 0 1 2 3 4 5
 9-31. endrer du den terapeutiske kontrakten med klienten? 0 1 2 3 4 5
 9-32. håper du ganske enkelt at alt vil bedre seg til slutt? 0 1 2 3 4 5
 9-33. kritiserer du en klient for å skape problemer for deg? 0 1 2 3 4 5
 9-34. overveier du alvorlig å avslutte terapien? 0 1 2 3 4 5
 9-35. tenker du gjennom for deg selv hvordan problemet har oppstått? 0 1 2 3 4 5
 9-36. gir du deg selv ganske enkelt lov til å oppleve vanskelige eller forstyrrende følelser? 0 1 2 3 4 5
 9-37. undersøker du om du og din klient sammen kan klare opp i vanskelighetene? 0 1 2 3 4 5
 9-38. konsulterer du en mer erfaren terapeut om saken? 0 1 2 3 4 5
 9-39. melder du deg på en konferanse eller workshop som kanskje vil belyse problemet? 0 1 2 3 4 5
 9-40. inviterer du til samarbeid med klientens venner eller slektninger? 0 1 2 3 4 5
 9-41. gir du uttrykk for de vanskelige følelsene overfor en som står deg nær? 0 1 2 3 4 5
 9-42. gir du en tolkning av din klients motstand eller problematferd? 0 1 2 3 4 5
 9-43. utsetter du det terapeutiske arbeidet for å ta vare på klientens mer øyeblikkelige behov. 0 1 2 3 4 5
 9-44. tilpasser du din terapeutiske holdning eller tilnærming til en klient? 0 1 2 3 4 5

(fortsettes neste side)

Sosionomer i psykisk helsevern for barn og ungdom. - Faglig utvikling og klinisk praksis

- 9-45. unngår du problemene inntil videre? 0 1 2 3 4 5
9-46. viser du din frustrasjon til klienten? 0 1 2 3 4 5
9-47. undersøker du muligheten for å henvise klienten til en annen terapeut? 0 1 2 3 4 5
9-48. takler du vanskelighetene på en annen måte? 0 1 2 3 4 5
(beskriv): _____

Hvordan vil du beskrive deg selv som terapeut, dvs. den stil eller væremåte du har overfor klienter?

- (0=slett ikke.3=i svært stor grad) (0=slett ikke.3=i svært stor grad)
- | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|------------------------------------|---|---|---|---|
| 9-49. Aksepterende | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-65. Nøytral | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-50. Autoritativ | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-66. Omsorgsfull/
ivaretagende | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-51. Konfronterende | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-67. Systematisk/
organisert | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-52. Kald | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-68. Tillatende | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-53. Forpliktet | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-69. Pragmatisk | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-54. Forvirret | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-70. Beskyttende | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-55. Kritisk | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-71. Lydhør | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-56. Krevende | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-72. Reservert | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-57. Fjern | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-73. Dyktig | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-58. Bestemt | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-74. Subtil | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-59. Styrende | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-75. Tolerant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-60. Effektiv | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-76. Ikke hjelpsom | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-61. Vennlig | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-77. Varm | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-62. På vakt | 0 | 1 | 2 | 3 | 9-78. Annet - beskriv: | | | | |
| 9-63. Intuitiv | 0 | 1 | 2 | 3 | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9-64. Engasjert | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | |

28

Sosionomer i psykisk helsevern for barn og ungdom. - Faglig utvikling og klinisk praksis

10. Om deg selv

10-1-a. Er du født i et annet land enn Norge?

1. ___ Nei
2. ___ Ja 10-1-b. I hvilket land? _____

10-2-a. Blir du betraktet som medlem av en sosial, kulturell eller etnisk minoritet der du nå bor?

1. ___ Nei
2. ___ Ja

10-2-b. Hvis "Ja", beskriv nærmere hvilken minoritet: _____

10-3. Hva er din nåværende sivilstand?

1. ___ Enslig
2. ___ Samboende
3. ___ Gift/partnerskap
4. ___ Separert eller skilt
5. ___ Enke eller enkemann
6. ___ Annet (Beskriv): _____

Alt i alt...

(0=slett ikke.5=i svært stor grad)

- 10-4. hvor tilfredsstillende er ditt eget liv for tiden? 0 1 2 3 4 5
10-5. hvor stressende er ditt liv? 0 1 2 3 4 5

Hvor vanlig er det at du...

(0=aldri 5=svært ofte)

- 10-6. kritiserer deg selv for noe du gjør? 0 1 2 3 4 5
10-7. er fornøyd med deg selv for noe du gjør? 0 1 2 3 4 5

I ditt nåværende liv, hvor ofte...

(0=aldri 5=svært ofte)

- 10-8. uttrykker du fritt dine private tanker og følelser? 0 1 2 3 4 5
10-9. opplever du øyeblikk av ublandet glede? 0 1 2 3 4 5
10-10. opplever du ekte omsorg og støtte? 0 1 2 3 4 5
10-11. opplever du betydelige personlige konflikter, skuffelser eller tap? 0 1 2 3 4 5
10-12. kjenner du deg tyngt av ansvar, bekymring eller uro? 0 1 2 3 4 5
10-13. opplever du tilfredsstillende intimitet og følelsesmessig kontakt? 0 1 2 3 4 5

29

Sosionomer i psykisk helsevern for barn og ungdom. - Faglig utvikling og klinisk praksis

I hvilken grad føler du at din utvikling som terapeut har vært påvirket av et ønske om å forstå og løse dine egne personlige problemer?

(0=slett ikke.5=i svært stor grad)

- 10-14. 0 1 2 3 4 5

Hvordan vil du beskrive deg selv slik som du er i forhold til dine nærmeste?

(0=slett ikke.3=i svært stor grad) (0=slett ikke.3=i svært stor grad)

- | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|---|
| 10-15. Aksepterende | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-31. Optimistisk | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-16. Autoritativ | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-32. Systematisk/
organisert | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-17. Konfronterende | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-33. Tillatende | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-18. Kald | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-34. Pragmatisk | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-19. Kritisk | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-35. Privat/
tilbaketrukket | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-20. Krevende | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-36. Beskyttende | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-21. Demonstrativ | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-37. Rolig | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-22. Bestemt | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-38. Lydhør | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-23. Styrende | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-39. Reservert | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-24. Energisk | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-40. Skeptisk | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-25. Resignert | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-41. Subtil | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-26. Vennlig | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-42. Tolerant | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-27. På vakt | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-43. Varm | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-28. Intens | 0 | 1 | 2 | 3 | 10-44. Annet: | | | | |
| 10-29. Intuitiv | 0 | 1 | 2 | 3 | | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10-30. Omsorgsfull/
ivaretagende | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | | |

Hvordan vil du beskrive ditt nåværende emosjonelle og psykologiske velvære?

(Sett ett kryss)

- 10-45. 1. ___ Svært dårlig: Jeg er knapt i stand til å takle livets oppgaver.
2. ___ Ganske dårlig: Det er ganske tøft for meg noen ganger.
3. ___ Sånn passe: Jeg holder det gående med en del anstrengelse.
4. ___ Nokså bra. Men det går likevel litt opp og ned.
5. ___ Svært bra: Jeg har ingen vesentlige personlige ting å klage over.
6. ___ Særdeles bra: Jeg har det i hovedsak slik jeg ønsker å ha det.

Alt i alt, i din oppvekst, i hvilken grad...

(0=slett ikke.5=i svært stor grad)

- 10-46. opplevde du genuin omsorg og støtte? 0 1 2 3 4 5
10-47. fungerte den familien du vokste opp i bra psykologisk og emosjonelt? 0 1 2 3 4 5

Takk for hjelpen!

30